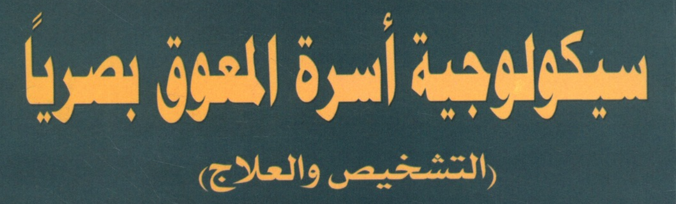
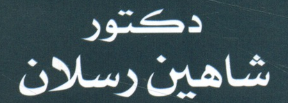


سيكولوجية أسرة المعوق بصرياً

(التشخيص والعلاج)



دكتور

شاهين رسلان



سيكولوجية أسرة المعوق بصريا

سيكولوجية أسرة المعوق بصريا

مفهوم

الإعاقة البصرية

دكتور
شاهين رسلان



سيكلوجية أسرة
المعوق بصريًا

الدكتور
شاهين عبد الستار رسلان

الكتـــــاب: سيكلوجية أسرة المعوق بصريًا
المـــؤلـــف: الدكتور شاهين عبد الستار
تاريخ النشر: ٢٠١٤م
رقم الإيداع: ٢٠٩٩٧
الترقيم الدولي: I.S.B.N.978- 977-463-173-6

الناشـــر:
دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع
الإدارة والمطابع:
١٢ شارع نوبار لاظوغلى (القاهرة)
تليفون: ٠٠٢٠٢٧٩٤٢٠٧٩ فاكس: ٠٠٢٠٢٧٩٥٤٢٢٤
التوزيـــع:
٣ شارع كامل صدقى الفجالة - القاهرة
تليفون: ٠٠٢٠٢٥٩١٧٩٥٩
www.darghareeb.com

إهداء

قال تعالى

﴿الأَخِلاَّءُ يَوْمَئِذٍ بَعْضُهُمْ لِبَعْضٍ عَدُوٌّ إِلاَّ الْمُتَّقِينَ﴾

آيه ٦٧ سورة الزخرف

إلى الرفاق الكرام

الأساتذة الكبار

لواء/ محمد محمود فرغلى

لواء/ محمود شكرى محمود

تحية إعزاز وتقدير ووفاءً

لصداقتنا عبر السنين

شاهين رسلان

مُقَدِّمَة

الإنسان كائن اجتماعى لا يمكن أن يعيش وحيدًا بل لابد له من آخرين يعيشون معه يرتبط بهم ويؤثر فيهم ويتأثر بهم ويكون بينه وبينهم علاقات قوية بحيث إذا احتاج لشىء وجد من يقدمه إليه وإذا أصابته محنة هوّن عليه ومدّ له يد العون والمساعدة حتى يخرج من محنته ويعيش آمنا ومستقرًا فى حياته. ولعل من أهم المحن الصعبة التى تواجه الإنسان هى كف البصر.

وكف البصر يضع الكفيف أمام مشكلات بعينها لا يمكن للكفيف أن يتغلب عليها بمفرده بمعزل عن الآخرين بل لابد أن تمتد له يد المساعدة من اخوانه المبصرين الذين يعيشون معه فى مجمع واحد والمكفوفين يمثلون نسبة لا يستهان بها حيث تفيد الأحصاءات بأن شخصًا بالغًا يفقد بصره كل (٥) ثوانى وهذه الحقيقة تضع المجتمع أمام مسئولية أخلاقية للمعاونة فى مواجهة خطر كَفّ البصر وتحجيمه والحد من أثاره.

وفى مصر حوالى مليون كفيف وفى العالم ٤٥ مليون وهذه النسبة يجب النظر إليها بعين الاعتبار للحد والوقاية من انتشارها وطرق الوقاية منها.

ومن المعروف أن كف البصر هو عدم القدرة على الرؤية مما يترتب عليه قيود فى حركة الكفيف تجعل حركته محدودة وخبرته البيئية محدودة أيضًا مما يؤدى إلى نقص فى نمو المفاهيم والخبرات لديه لذلك نجد الكفيف ينتابه الضيق بين واقعه وعالمه المحدود.

ومن أجل حب البقاء يقوم الكفيف أو ضعيف البصر بمحاولات للخروج من عالمه الذى فرض عليه وليس له دخل فى ذلك فيقوم بمحاولات استغلال ما تبقى له من حواس حتى يستطيع فهم ومسايرة العالم الخارجى.

ويعتمد فى ذلك على السمع واللمس والشم أى القدرة على ضبط الاتجاه مستغلا ذلك فى تنمية المفاهيم والتحرك بأمان فى البيئة دون قلق مدركًا لقدراته بدون مبالغة مشاركًا الآخرين متقبلاً لإعاقته وهو بذلك يستطيع أن يغير ما هو معروف عن الكفيف من المبالغة فى الانكار والقاء اللوم على الآخرين والانسحاب الكلى من المجتمع والاتكالية بالتودد للآخرين للحصول على مساعدتهم من الاحباط واليأس.

الكفيف كائن اجتماعى فقد حاسه بصره ولكن بقى له أربعة حواس من خلالها يتعرف على العالم المحيط به ويكتسب خبرته ومعلوماته.

ولكن هذه الخبرات تكون محدودة لأنه لا يستطيع أن يتحرك بنفس السهولة والمهارة التى يتحرك بها المبصر وبالتالى يصبح عاجزًا عن توسيع دائرة محيطة التى يعيش فيها مما يؤدى إلى احساسه بالعجز والحاجة المستمرة إلى الغير وقله واحترام ذاته نتيجة لاحساسه بالفشل والاحباط ويصبح شخص غير متوافق شخصيًا أو اجتماعيًا كما يؤثر ذلك فى سلوكه الاجتماعى فإنه يلجأ إلى الحذر والحرص الشديد فى التعامل مع المبصرين حتى يتأكد من اتجاهاتهم نحوه. وأحيانًا يلجأ إلى استخدام الحيل الدفاعية كالتبرير والانسحاب والكبت والتعويض.. كما يظهر فى أحاديثه ارتفاع الصوت بغض النظر عن قرب أو بعد الشخص الآخر.

ومن هنا نقول أن الطفل الكفيف أقل حظا من الطفل المبصر لعدم ادراكه للمثيرات البصرية من حوله والتى يتسر له اكتساب المعارف والخبرات فى الحياة وفى سهولة التعامل مع البيئة التى يعيش فيها فهو عاجز عن الرؤية والمشاهدة وكل ما يدور من حوله. لذا فهو يعتمد على الحواس الأخرى كالسمع واللمس والشم والتذوق وان كانت هذه الحواس لا تقوم بعملية التعويض عن حاسة البصر كما ينبغى أن يكون لأن الاعتماد على الحواس الأخرى يحتاج إلى تدريب هذه الحواس. وهذا يتطلب جهدًا واهتمامًا من القائمين على رعاية الطفل الكفيف وليس كل طفل كفيف تتوفر له الرعاية والاهتمام بقدر ما تتوفر لطفل آخر.

فالطفل الكفيف تظهر مشكلاته التربوية أو التعليمية خاصة إذا كانت إعاقته ولادية مما يستوجب إلحاق هؤلاء الأطفال بفصول خاصة (مدارس النور والأمل) أو الأزهر الشريف ولكن تواجه الطفل الكفيف خاصة فى المناطق النائية عدم توافر تلك المدارس وعدم توافر فرص الاقامة، وأيضًا صعوبة انتقال الطفل من مكان إلى آخر عبر المواصلات العامة لصعوبة حركته وعدم تحمله على مشقات السفر إلى المدارس البعيدة التى فى بعض الأحيان لا يقدر عليها المبصر. ومن هنا تتضح المشكلات التى تواجه الطفل الكفيف ومن أكبر المشكلات التى تواجه الكفيف هى عدم التكيف مع البيئة المنزلية وشعوره بالدونية بين أفراد أسرته خاصة إذا كانت العلاقات الاجتماعية داخل المنزل تتصف بالفتور وعدم الترابط فإن هذا سيؤدى بالطفل الكفيف إلى العزلة والانطواء وقد يمتد أثر هذه العزلة لإصابته بالأمراض النفسية والخوف من المجهول والإحساس بالضعف والظلم على عكس الأسرة السوية المحمودة والتى تتقبل اعاقة الطفل والتى تقدر دور كل فرد فى الأسرة وأيضًا تقدم للطفل الكفيف يد العون وأن تعمل على تنمية مهاراته الاجتماعية داخل المنزل وخارجه وأيضًا اخراجه من عزلته أو خوفه من المستقبل ومساعدته فى تنمية العلاقات الاجتماعية داخل المنزل وخارجه.

وفى الوقت نفسه: عدم الانسياق العاطفى عند التعامل معه بسبب إعاقته واظهار الشفقة والحزن والأسى وهذا خطأ تربوى لأنه يولد لديه الاعتمادية وعدم تحمل المسئولية وبالتالى تضعف مهاراته ويجعله غير قادر على حل أية مشكلة يتعرض لها فى الحياه ولكن المشكلة الرئيسية للكفيف التى تترتب على فقد الابصار هى المشكلة الحركية أى عدم قدرة الطفل الكفيف على الحركة داخل البيئة التى يعيش فيها وبالتالى يسبب له متاعب نفسية وجسمية لا يشعر بها ويقدرها الا من فقد بصره. لأن الكفيف لا يستطيع أن يتحرك بالمهارة التى يتحرك بها المبصر فهو قصير فى حركاته ومن الصعب عليه فى أحيان كثيرة أن يغير من

وضعه خاصة فى الأماكن المألوفة لديه لأن حركته فى الأماكن غير المألوفة يسبب له كثيرًا من الحرج - خاصة فى المدن والعواصم التى تتسم بالكثافة الكبيرة فى عدد السكان وازدحام الشوارع بالسيارات الأمر الذى يتطلب معينات للكفيف تواكب العصر وتساعد الكفيف على الحركة وسط المتغيرات فى البيئة الجديدة وتطور وسائل المواصلات (مترو الأنفاق - الكبارى العلوية - السلالم الكهربائية فى المطارات ومترو الأنفاق) والتى من أهمها: المعينات التكنولوجيه (النظارات) والعصا ولعل وجود طفل كفيف فى الأسرة قد يسبب بعض المشكلات والمتاعب اليومية والتى من أهمها القلق على مستقبله، والحيرة فى كيفية تقديم افضل الر..اية ومساعدته على تخطى صعوبة الاعاقة. ولعل دور الأسرة فى رعاية أى طفل يبدأ من مرحلة الجنين فى بطن الأم بتقديم الرعاية للأم الحامل ولكن فى حالة الكفيف أو ضعيف البصر تبدأ منذ الولادة أو اكتشاف اعاقته البصرية ومن هنا يأتى الدور الأعظم للأسرة فى تقديم الرعاية الطبية للطفل المعوق بصريا فى مساعدته فى التخفيف من حجم الاعاقة وتقديم العلاج الطبى المناسب وأيضًا التعاون مع المؤسسات التربوية والاجتماعية فى الاستفادة من البرامج التأهيلية التى تساعد المعوق بصريا للتوافق مع البيئة التى يعيش فيها وأيضًا دور الأسرة فى تغيير النظرة السلبية للمكفوفين خاصة العبارات التى توجه اليهم (مسكين - ضرير - عاجز - أعمى - يا حرام) التى تنم عن عدم وعى ومن هنا كان الاهتمام بأسرة الطفل المعوق بصريًا لأنها تلعب الدور الأكبر والأساس فى تكشيل شخصية أطفالها وتقويم سلوكهم بما يتناسب مع عاداتنا وتقاليدنا المستمدة من الشرائع السماوية.. وبالتالى فإن العبء الأكبر فى هذا الدور على الآباء والأمهات ولو أدركوا هذا الدور فى تكوين شخصيات أطفالهم ومزجوا هذا الادراك الواعى بالحنان الطبيعى الذ ى زودهم به الله سبحانه وتعالى نحو أطفالهم، لبذلوا الجهد الطيب حتى يحيطوا أطفالهم بالجو الصحى الذى يساعدهم كثيرًا فى ضبط سلوكهم ووقايتهم من

الانحرافات السلوكية والأمراض الاجتماعية وبذلك يخرج للمجتمع مواطنون صالحون فعالون منتجون يسعدون فيه ويسعد بهم بما يتناسب مع قدراتهم العقلية والحسية (السمعية والبصرية) لذا تعتبر الأسرة من أهم المؤسسات الاجتماعية والتربوية والتى لها الدور الأكبر فى تكشيل شخصيات أطفالها وضبط سلوكهم فإذا صلحت الأسرة صلح المجتمع.

وبهذا العمل قد يكون المؤلف شارك فى تقديم العون والمساعدة لأسر هؤلاء الأطفال فى حدود قدراته المتواضعة والتى تحتاج إلى الكثير من الدعم والمساندة فى رعايتهم على أسس علمية وموضوعية.

وقد تناول المؤلف هذا الكتاب فى ثلاثة فصول:

الفصل الأول: يتناول الاعاقة البصرية - ضعاف البصر - أسباب الاعاقة البصرية - تشخيص الاعاقة - أعراض الاعاقة البصرية.

الفصل الثانى: علاج الاعاقة البصرية (الطبى والتربوى والنفسى) البرامج التأهيلية.

الفصل الثالث: الأسرة، أسرة المعوق بصريا - الرعاية النفسية للأسرة - الضغوط النفسية للأسرة العلاقات الأسرية - المشكلات التى تواجه المعوق بصريا.

وبعد أدعو الله سبحانه وتعالى أن أكون وفقت فى هذا العمل فإن قد وفقت فهذا فضل المولى عز وجل علىّ، وأن كنت قد قصرت لأننى بشر الكمال لله وحده.

(رب أعوذ بك من علم لا ينفع - وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين)

شاهين رسلان

المعادى سبتمبر ٢٠١٢

الفصل الأول

الإعاقة البصرية

مدى الاهتمام بالموقين بصريًا

لقد ظل المكفوفون طوال عصور طويلة معزولين عن المجتمع، وتعرضوا لصنوف من الاضطهاد والعزل إلى حد القتل والتنكيل بهم، وظلت النظرة الدونية إلى المعوقين بصفة عامة والمعوقين بصريًا بصفة خاصة إلى تدنى قدراتهم، وسوء تكيفهم مع المجتمعات آنذاك، وظل هذا الحال زمنًا طويلاً إلى أن تغيرت النظرة بظهور الأديان السماوية، واحترام الإنسان كإنسان، وأن لكل إنسان الحق فى الحياة، وفى أن يتمتع بإنسانيته، بغض النظر عن إعاقته؛ لأنه ليس سببًا فى هذه الإعاقة، بل على العكس هو ضحية لعوامل وراثية وبيئية مرت بها الأسرة التى نشأ فيها، وتغير النظرة الإنسانية لهؤلاء المعوقين عامة، والمكفوفين خاصة كان مصاحبًا لظهور الأديان السماوية التى اهتمت بالإنسان كإنسان، وأن الإنسان مكرم على سائر المخلوقات فى هذه الحياة، ومن هنا بدأت النظرة تأخذ الطابع الإيجابى فى الاهتمام بالمعوقين، واحترام إنسانيتهم، وأنهم لا يملكون تغيير مصيرهم الذى آل إليهم، ولا ذنب لهم فيه، ويذكرنا التاريخ بالظروف التى مر بها الأفراد المعوقون، ففى البداية كانت المجتمعات فى الماضى تقوم بعزل هؤلاء المعوقين بصريًا؛ لأنهم عبء على الجماعة أو القبيلة التى يعيشون فيها، وأنهم لا يمكنهم تحمل المسئولية أو الاعتماد عليهم فى أى عمل لصالح الجماعة أو القبيلة، ومن هنا كانت النظرة التشاؤمية إزاء هذه الفئة من المجتمع، إلى أن جاءت الأديان السماوية وتغيرت النظرة إلى هؤلاء، فعند ظهور الأديان السماوية كان التعامل مع هؤلاء الأطفال المعوقين من قبل البر والإحسان، والاهتمام بهؤلاء الأطفال المعوقين، وانتبه الناس إلى التعامل مع هذه الفئة طبقًا لمبدأ الشرائع السماوية، ودعت الناس إلى التعاون

على البر والتقوى، ومساعدة المعوقين، والشفقة بهم والرحمة عليهم، وأن لهم ما لنا، وعليهم ما علينا فى حدود قدراتهم وإمكانياتهم، ومن هنا كان من الضرورة إنشاء بعض الأماكن التى يحتاجها المعوقون بصريًا والتى تساعدهم على مواجهة الحياة التى يعيشون فيها، ومن هنا نؤكد على أهمية احترام الإنسان كإنسان بغض النظر عن القصور الذى أصابه؛ لأن الناس سواسية من الناحية الإنسانية، أما إذا أصاب الإنسان أى عجز أو قصور سواء أكان القصور عقليًا أم حسيًا، فإن هذا القصور لا يعوقه عن التمتع بإنسانيته، وحقه فى الحياة أسوة بباقى أفراد المجتمع، ولا شك أن الإعاقة البصرية من أبرز الإعاقات وأكثرها انتشارًا؛ لأن حاسة البصر من الحواس المهمة فى حياة أى كائن حى خاصة الإنسان؛ لأن الحرمان من حاسة البصر يفقد الفرد معظم خبراته اليومية، فالبصر ينفرد دون غيره من الحواس الأخرى بنقل المعلومات عن معظم جوانب البيئة الاجتماعية والمادية المحيطة بالإنسان، وما تحتويه من تفاعلات وعلاقات إلى العقل الذى يترجمها بدوره فى ضوء المعلومات والخبرات السابقة إلى موضوعات ذات معنى، ومن هنا كان من الضرورى الاهتمام بهذه الفئة بعد التزايد المستمر فى الإعاقات، ووصولهم إلى معدلات عالية، وقدرت منظمة الصحة العالمية عدد المكفوفين فى العالم بحوالى ٤٥ مليون نسمة، وفى جمهورية مصر العربية تصل فيه نسبة المكفوفين إلى ما يقرب من مليون نسمه، وهى نسبة لا يستهان بها، وخاصة أنها فى تزايد مستمر نتيجة شيوع ظاهرة انتشار زواج الأقارب، وقلة الوعى البيئى، وقد ذكر بعض الباحثين المراحل التاريخية التى مرت برعاية المعوقين بصريًا، وكانت أربع مراحل:

١- المرحلة الأولى: هى النظرة الدونية، وعدم الاهتمام بهم، ونبذهم، وأنهم فساد فى الأرض، وأنهم تجسيد لغضب الآلهة، وعبء على الأمة والمجتمع، ويجب التخلص منهم بكل الطرق وعزلهم عن المجتمع.

٢- المرحلة الثانية: مرحلة البر والإحسان، بداية الاهتمام، وكان هذا الاهتمام مقترنًا بظهور الأديان السماوية التى نادت بحق كل إنسان فى الحياة، وأن الناس سواسية بغض النظر عن العجز أو القصور الذى يصيب الإنسان، ونادت بالاهتمام بهذه الفئة، وإنشاء الملاجئ والمستشفيات ودور الرعاية التى ترعى هؤلاء.

٣- المرحلة الثالثة: التحرر الذاتى للمعوقين بصريًا، وهذه المرحلة جاءت فى مطلع القرن السابع عشر، وكان مجهود العيان العباقرة الذين أثبتوا كفاءة نادرة فى مختلف المجالات، ويشهد العالم بنبوغهم، وأكبر أمثلة على ذلك الدكتور طه حسين.. عميد الأدب العربى، الذى تدرج فى المناصب إلى أن عين وزيرًا للمعارف العمومية (التربية والتعليم).

٤- المرحلة الرابعة: دمج المعوقين بصريًا فى المجتمع، وإدماجهم فى مجرى الحياة العادية، وتهيئة الرعاية للخدمات النفسية والتربوية الاجتماعية والتعليمية اللازمة لهم وهذا هو الاتجاه الحديث فى رعاية المعوقين بصريًا.

مظاهر الاهتمام بالمعوقين بصريًا:

١- افتتاح أول مدرسة للمكفوفين فى باريس سنة ١٧٨٥م على يد فالنتين.

٢- فى بريطانيا: افتتاح أول مدرسة للمكفوفين فى ليفربول عام ١٧٩٠ وأدنبرة وبريستولو عام ١٧٩٣م، وفى لندن عام ١٧٩٩م، ثم ظهرت فى أمريكا فى العام نفسه.

٣- لويس برايل (١٨٠٩ - ١٨٥٢): أنشأ مدرسة لتعليم العميان، وكان له الفضل فى تطوير طريقة برايل والكتابة بالحروف البارزة.

٤- فى مصر: كان للأزهر الشريف دوره العظيم فى الاهتمام بالمعوفين بصريًا

خاصة المكفوفين، وكان له الفخر لأنه يعتبر أول مؤسسة تربوية وتعليمية تهتم بالمعوقين بصريًا، ودمجهم مع زملائهم المبصرين فى المراحل التعليمية المختلفة بدءًا من نظام الكُتّاب حتى المرحلة الجامعية.

٥- أول مدرسة للعميان فى مصر كانت فى عام ١٨٧٤م فى عهد الخديوى إسماعيل، وكانت تحت إشراف دوريك.. رئيس تفتيش المدارس آنذاك، وكانت خاصة لتعليم العميان والصم، وألغيت عام ١٩٨٨م.

٦- تم إنشاء مدرسة للمكفوفين بالإسكندرية عام ١٩٠٠م.

٧- ثم مدرسة بالزيتون فى القاهرة عام ١٩٠١م.

٨- تم إيفاد بعثات للخارج لدراسة نظم وطرق تعليم المعوقين بصريًا.

٩- انشأت وزارة التربية والتعليم سنة ١٩٢٧م عدة فصول للمعوقين بصريًا بالمدارس العادية.

١٠- ثم أنشأت مدرسة للمكفوفين بصريًا بالمدارس العادية.

١١- ثم أنشئت مدرسة للمكفوفين بالوجه البحرى فى طنطا، وأخرى فى الوجه القبلى فى أسيوط، وكان ذلك سنة ١٩٤٣م.

١٢- فى عام ١٩٥٠م تم إنشاء أول معهد لخريجى معاهد النور، وكان يضم ثلاث شعب للأشغال اليدوية والموسيقى والمواد الثقافية.

١٣- فى عام ١٩٣٥م أنشئ المركز النموذجى للمكفوفين، وكان هذا المركز يتميز بأن له مناهج منظمة.

١٤- ثم توالى بعد ذلك افتتاح العديد من المدارس إلى أن وصلت فى مصر إلى حوالى ٢٧ مدرسة للنور والأمل بالإضافة إلى حوالى ٧ فصول ملحقة بمدارس المبصرين، تغطى حوالى ٢٦ محافظة (القريطى، ١٩٩٢).

أهمية حاسة الإبصار

لحاسة الإبصار دور فعال وحيوى فى الحياة، فهى تلعب دورًا عظيمًا فى حياة الإنسان، فهى التى تساعده على التفاعل الواقعى مع بيئته سواء كانت طبيعية، أم اجتماعية، وهى تنفرد دون غيرها من الحواس بنقل بعض جوانب العالم الاجتماعى، ومعالم الواقع البيئى للإنسان إلى العقل، وذلك بما يشتملان عليه من وقائع، وأحداث، ومعلومات، وصور، ومثيرات حاسية بصرية تتعلق بالأشكال والهيئات، وتفصيلاتها، وخصائصها، وأوضاعها المكانية فى الفراغ، فالإنسان يحتاج إلى المثيرات الحسية على نحو دائم، فالمخ لا يعمل من دونها، وأكثر المثيرات تأثيرًا فى نشاط المخ البشرى هى المثيرات البصرية، فتنمو بنسبة ٨٠٪، وربما أكثر، والمدخلات والانطباعات الحسية التى نستخدمها فى الحصول على معلومات من البيئة هى مدخلات وانطباعات بصرية، أما باقى المدخلات والانطباعات فتتوزع على الحواس الأربعة الأخرى، وبنسب متفاوتة، ويأتى السمع فى مقدمتها، ويشير بعض الباحثين إلى أن الجزء الخاص بالإبصار هو الحاسة شديدة الأهمية من بين الحواس الخمس التى يمتلكها الإنسان، وتعتبر النافذة الكبرى التى يتعرف من خلالها الإنسان على البيئة التى يعيش فيها، فهى تعطى الفرد الإنسانى كمية كبيرة وغير محدودة من المعلومات عن بيئته، ومن هنا يعتبرها بعض الباحثين الحاسة المهمة عند الإنسان؛ لأنها مرتبطة بالتفكير بما يسمى التفكير البصرى، أى محاولة فهم العالم من خلال لغة الشكل، والصورة، والتفكير بالصورة المرتبطة بالخيال، والخيال يرتبط بالمستقبل، والمستقبل ضرورى لنمو الأمم والجماعات والأفراد، وضرورى لخروجهم من أسر الواقع الضيق المحدود إلى إقامة المستقبل الروحى

الأكثر حرية، والأكثر إنسانية (شاكر عبدالحميد ٢٠٠٥)، وتعطيل هذه الحاسة، أو ضعفها يؤدى بالفرد المتضرر من هذه الإعاقة إلى الاعتماد على حواسه الأخرى كالسمع، واللمس، والتذوق، والشم، فيعتمد على حاسة اللمس فى إدراك الحجوم والأشكال، وشتّان بين ما تؤديه حاسة البصر فى هذا الميدان وبين ما تؤديه حاسة اللمس؛ لأن مدى ما تطلع عليه العين يفوق كثيرًا ما تستطيع حاسة اللمس أن تدركه علاوة على أن حاسة اللمس لا تستطيع إدراك المسافات البعيدة، أو إدراك الحجوم الكبيرة، والألوان، والأشياء المؤذية التى إذا لمسها الأعمى تعرض من لمسها إلى أذى، ويتاح للكفيف عن طريق حاسة السمع تقدير المسافات؛ وذلك بالربط بينها وبين مصدر الصوت،إلا أنه يعجز عن إدراك طبيعة هذا المصدر، أما حاسة الشم فيمكن من خلالها التعرف على الأماكن إذا ما كانت مقترنة فى ذهنه بروائح معينة، ومن هنا نقول إن الحواس الأخرى لا يمكن أن تغنيهم أو تعوضهم عن فقد البصر، وعلى هذا فإن فقد البصر يخلق مشكلات من الإصابة الحسية فى حد ذاتها، وتتمثل الجوانب النفسية لمثل هذه المشكلات فى قطاعات ثلاثة رئيسة ، هى: (مجال الوظائف المعرفية، والمهارات الحركية، والشخصية، والعوامل الاجتماعية)، ففى مجال الوظائف المعرفية نجد أن الطفل الذى يفقد إبصاره فى وقت مبكر من الحياة يخبر العالم المحيط به من خلال وظائف حسية لا تستخدم من جانب الطفل المبصر عادة للأغراض نفسها، وعلى هذا يستحيل على المبصر أن يتصور عالم العميان، كما هو مستحيل على الأعمى أن يفهم حقيقة الخبرات البصرية، فالأعمى قد تكون لديه معرفة بالأشياء من حوله، ولكنه يعجز عن إدراكها بصريًا، وبالتالى تكون المفاهيم البصرية لديه معدومة خاصة لو كانت إصابته ولادية، وبالتالى تؤثر سلبًا على فهمه للواقع أو البيئة من حوله، وقد لا يستطيع أن يعبر عن مشكلاته التى تتعلق بمجال الرؤية والإبصار؛ لأن الصورة الذهنية لهذا المثير فى المخ تكاد تكون غير موجودة، ولأن الخيال مرتبط بالواقع، أى أن الواقع الإنسانى يكون فى

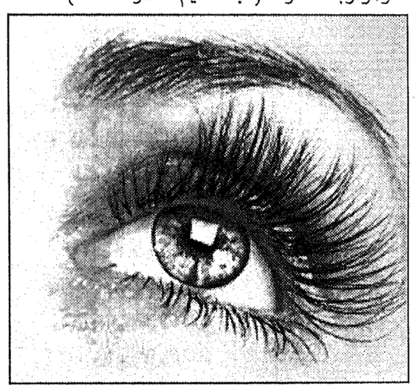
مقابل الخيال، ويستخدم الخيال عندما نحاول رؤية أشياء بعين عقولنا بحيث نرى ما هو موجود الآن عند مستوى الإدراك الحسى، وهذا النوع من التصور والتخيل شديد الأهمية، ففيه يمكن أن توجد الأنواع المختلفة من الصور العقلية البصرية والسمعية، وما يمكن أن يتخيله المرء يمكن تصويره فى شكل كلمات منطوقة أو مكتوبة، أو من خلال وسائط الرسم والتصوير، ويختلف شكل الصور العقلية ومحتواها لدى كل فرد وفقًا للخبرات السابقة التى مر بها، وكذلك الموقف الحالى الذى تظهر فيه هذه الصورة، كما أنها تختلف من فرد إلى آخر وفقًا للميول والاهتمامات المتعلقة بأنشطة ترتبط أكثر من غيرها بالصور العقلية، هذا فى حالة الطفل العادى، أما بالنسبة للطفل المعوق بصريًا فإن الأمر يختلف، فالقدرة على التصور لديه ترتبط بمدى فاعلية الحاسة البصرية لديه، ومدى الضرر الذى لحق بها، خاصة إذا كان الطفل ولد أعمى فإنه غير قادر على التصور البصرى؛ لأنه لم يمارس الإحساسات البصرية، أما الذين فقدوا البصر بالتدريج فإنهم يملكون قدرًا من القدرة على التصور البصرى يتفاوت طبقًا لسن الإصابة، ومدى الخبرات التى اكتسبوها فى فترة حياتهم التى عاشوها وهم يبصرون، وكلها قد تزول بالتدريج، أما بالنسبة لعملية التعلم، فإن الطفل عمومًا يعتمد اعتمادًا كبيرًا على حاسة الإبصار، وخاصة فيما يتعلق بالقراءة والكتابة، وخاصة ما تتطلبه بعض مهارات التعلم كالتآزر الحسى الحركى (كالتآزر بين العين واليد) فى عملية الكتابة، وأيضًا فى أثناء التواصل مع المعلم داخل الفصل، وما يتطلبه التركيز - فى بعض الأحيان - على تعبيرات وجه المعلم، أو ما يعرض من وسائل تعليمية كالرسوم والخرائط، وكل ما يساعد فى توضيح الحقائق المعرفية وتثبيتها لدى الطفل، فضلاً عن أهمية البصر فى التمييز بين الأشياء والأشكال والألوان والحروف والأرقام؛ ولذا فإن فقد البصر لدى الطفل يتطلب استخدام طرق وتقنيات، ومواد تعليمية بديلة، ويجب أن نشير إلى أن المكفوفين هم الأوفر حظًا من ذوى الاحتياجات الخاصة الأخرى، فقد

تأسست أول مدرسة للمكفوفين فى باريس عام ١٨٧٤م على يد المربى فالنتين هاوى، وفى المدرسة نجح لويس برايل (١٨٠٩-١٨٥٢) عام ١٨٢٩م، وساعده فى ذلك ضابط فرنسى فى اختراع نظام نقطى مكن المكفوفين من القراءة والكتابة بأحرف نقطية يتم إبرازها على ورق سميك، واستخدام المخرز، وهى ما تعرف بطريقة برايل، أما فيما يتعلق بالمهارات الحركية فهى من أكثر المجالات تأثرًا بالإعاقة البصرية؛ لأن الطفل المعوق بصريًا لا يستطيع أن يتحرك ويمارس الأنشطة التى تتعلق بالحركة كالطفل العادى، خاصة إذا ما أراد توسيع دائرة محيطه الذى يعيش فيه، فالإعاقة البصرية تحد من النشاطات التى تتطلب حركة الطفل من مكان إلى آخر، وبالتالى الإعاقة تؤدى إلى اضطراب حركته، وعدم مقدرته على التنقل، وتحد من فرص اللعب لديه أسوة بالطفل العادى، ومن التعرف على بيئته الخارجية المحيطة به، فهو يعيش فى عالم ضيق تفرضه عليه آثار هذه الإعاقة من جانب، والاتجاهات الاجتماعية نحوهما من جانب لآخر: ولذا كانت حركة المعوق بصريًا خاصة الأعمى فى حركة تتسم بالكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم أو يقع على الأرض نتيجة تعثره بشىء ما أمامه: ولذلك كانت حاجة الأعمى إلى الرعاية والمساعدة ضرورية ولا غنى عنها، ويحتاج إلى مساعدة الآخرين والاعتماد عليهم إلى حد ما فى قضاء حاجاته، ومثل هذا الموقف يؤثر تأثيرًا كبيرًا على علاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به، وقد يتخذ الكفيف موقفًا مغايرًا من المساعدة التى تقدم إليه، فيرفضها مثلاً، وهو إما أن يرفض بذلك عجزه، فينمو باتجاه الشخصية القسرية، أو يقبله أو يرفض المساعدة، فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية، وكلا الموقفين يؤديا إلى عدم التكيف الشخصى والاجتماعى، والاضطراب النفسى نتيجة الشعور بالعجز والدونية، والتوتر وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن، ومما لا شك فيه أن للبيئة دورًا كبيرًا فى إحساسه بإعاقته كالإشفاق والحماية الزائدة والتجاهل والإهمال، مما يسهم فى تصاعد

إحساسه بالعجز والقصور والاختلاف عن الآخرين، وهذا الإحساس أو الشعور بالعجز يفرض عليه عالمًا محدودًا لأنه لا يستطيع الحركة بحرية، ولن يستطيع السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر، كما أنه لا يستطيع إدراكها كما يدركها المبصر، وهكذا يحيا المعوق بصريًا خاصة الأعمى أو الكفيف حياة تفرضها عليه إعاقته، فهو يعيش فى عالم ضيق محدود يود لو استطاع الإفلات منه، أو الخروج إلى عالم المبصرين، والحركة بحرية، وهو أيضًا لا يستطيع إشباع حاجاته النفسية، وهو أمام اتجاهات اجتماعية تحاول عزله عن مجتمع المبصرين، وتقف دون تحقيق رغبته فى الاندماج فى عالم المبصرين، مما يؤدى به إلى أن يحيا حياة نفسية غير سوية، فيصبح عرضه للإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والصراع النفسى، والتى تؤدى به إلى سوء التكيف مع البيئة التى يعيش فيها .

حاسة الإبصار (العين)

تعد العين من أهم مكونات الجهاز البصرى لدى الإنسان، فالجهاز البصرى يتكون من العينين والعصبين البصريين اللذين يخرجان من شبكتى العين، وهما العصب الثانى الذى ينتهى فى المخ، ويرسل الإشارات إلى المخ عندما تظهر الصورة المرئية على الشبكية خلف العين، فتحدث الرؤية، والعصب الثالث المحرك للعين، ويشترك فى عمله عدد ست عضلات تحرك العين، بالإضافة إلى العضلة المسئولة عن التحكم فى حجم إنسان العين (عبد الوهاب كامل ١٩٩٧)، فالعين آلة دقيقة التركيب يمكنها تمييز الأشياء الدقيقة، وهى تشبه آلة التصوير، من وجوه عديدة، ففى آلة التصوير شريط حساس هو الفيلم تنطبع عليه صور الأشياء، وكذلك توجد بالعين طبقة حساسة تسمى الشبكية، تنعكس عليها صور المرئيات، وكما توجد لآلة التصوير فتحة يمكن توسيعها وتضييقها عند الحاجة لضبط كمية الضوء اللازمة لالتقاط الصور، توجد بالعين فتحة، هى حدقة العين تتسع وتضيق من تلقاء نفسها تبعًا لكمية الضوء ودرجة سطوعه (عبدالحليم محمود، ١٩٩٠).



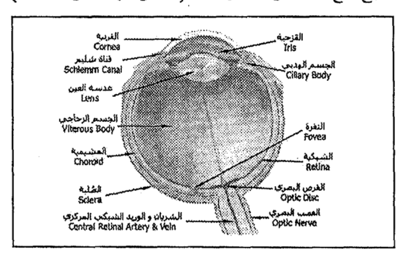
تركيب العين

مكونات العين :

تتكون العين من : القرنية، الغرفة الأمامية، القزحية، الحدقة (إنسان العين)، العدسة الخلفية، الغرفة الخلفية، الشبكية، الغرف المشيمى، والعصب البصرى، والقرنية تفوق ما سواها من أنسجة الجسم فى تهيئتها لطول البقاء، بل الواقع أننا لا ندرى حدود قدرتها على ذلك، وهذا هو السر فى أننا نستطيع أن ننزع القرنية من قرد أو إنسان مات توًا، ثم تطعم بها عين رجل لتحل مكان قرنيته، التى شوهتها ندوب الجروح، أو عكرت صفاءها السحب، وتستخدم هذه الجراحة الآن استخدامًا واسعًا لتعيد لذوى القرنيات الرديئة القدرة على الإبصار (أحمد عكاشة، ٢٠٠٠).

الشبكية:

تعد الشبكية Retina أهم أجزاء العين، فهى تمثل بالنسبة للعين ما يمثله الفيلم الحساس بالنسبة لآلة التصوير مع الفارق فى التشبيه، والشبكية تستقبل المرئيات الضوئية المختلفة، وتقوم بتحويل الطاقة الضوئية إلى طاقة كهربية، ويمكن نقل الأخيرة إلى المناطق الخاصة بالإبصار فى المخ، وهذا التغيير الذى يطرأ على المثير هو ما يحدث فى معظم المثيرات الأخرى، والتى تتحول فيها إلى دفعات عصبية، ويستطيع المخ فهمها والتعامل معها (سامى عبد القوى ١٩٩٥).



والخلايا الحسية فى الشبكية صغيرة جدًا، يبلغ قطرها من واحد إلى اثنين ميكرون وطولها حوالى ١٠ ميكرونات، وهى ملتصقة ببعضها، ويجد منها فى الشبكية حوالى ١٢٥,٠٠٠,٠٠٠ خلية (عزت إسماعيل ١٩٨٢)، والشبكية هى الموقع البصرى للصورة، ويمكن تقسيمها إلى محيط ومركز، فهما يختلفان وظيفيًا وبنائيًا عن بعضهما البعض، فالبصر المحيطى (أو الطرفى) له القدرة على رؤية الضوء والظلام،الحركة (وظيفة الشبكية المحيطة)، والخلايا العصوية هى المستقبلات التى تخدم هذه القدرة، أما البصر المركزى أو البصر الموجه نحو الجسم فله القدرة على تمييز الألوان (وظائف الشبكية المركزية)، والخلايا المخروطية هى المستقبلات البصرية الرئيسية لهذه الوظائف (Van Hofvan & Mohn)، وتلف الشبكية يمكن أن يحد من القدرة على استقبال ونقل المعلومات البصرية، فالبصر يتميز عن غيره من الحواس بكثرة عدد الإحساسات التى يمكن أن ينتجها، فمن الممكن أن تركز بصرك على كلمة مكتوبة بالحبر الأسود على ورقة بيضاء من كتاب، أو تنظر من النافذة، فترى منظرًا مليئًا بالأشياء من مختلف (الظلال والألوان والأشكال والحجوم)، يمكنك أن ترى مدى كاملاً من النصوع Brightness يمتد من الأبيض الخالص حتى الرمادى بمختلف درجاته، ثم الأسود القائم، بالإضافة إلى كل ألوان قوس قزح Rainbow التى تمتد بين الأزرق الناصع Vivid Blue إلى الأحمر الطوبى Muddy Red، وطبقًا لأحد التقديرات تستطيع أعيننا أن تميز بين ٣٥٠,٠٠٠ فرق من الألوان والنصوع، وهذا يعنى أن حاسة البصر ذات أهمية كبيرة (فاروق موسى، ١٩٨٥).

عدسة العين :

عدسة العين مثل عدسة آلة التصوير، غير أن عدسة آلة التصوير تحتاج دائمًا إلى ضوابط بوسائل ميكانيكية، أما عدسة العين فتقوم بضبط عضلات العين

المتصلة بها فتقوم بتغيير شكلها تبعًا لبعد الأشياء المرئية، فإذا نظرت العين إلى أشياء بعيدة ارتخت هذه العضلات وانبسطت العضلة، وارتاحت العين تبعًا لذلك، أما إذا نظرت العين إلى أشياء قريبة انقبضت العضلات وانبعجت العدسة، وتغير مركز بؤرتها بما يتلاءم والتعرض للأشياء القريبة، ويتغير شكل عدسة العين، ومركز بؤرتها تبعًا لتغير بعد المرئيات، وتم ذلك بطريقة تلقائية، وفى سرعة تتراوح بين ثانية وثلاث ثوان (عبدالحليم محمود ١٩٩٠).

المثير البصرى : Visual Stimulation

المثير البصرى هو إثارة ضوئية بتكرار وشدة، وتطلق استجابة من قبل خلايا الاستقبال فى الشبكية ويقاس المثير المنبه بالنوترونات (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى ١٩٩٦)، إن موجات الضوء التى تؤثر على العين هى صورة الطاقة على شكل نبضات كهرومغناطيسية تنتج من الكثر من أنواع الأنشطة الطبيعية والكيميائية. فى أثناء النهار تأتينا موجات شديدة تضىء الفضاء والأرض كله تنتج من عمليات الاحتراق والانفجارات التى تحدث فى الشمس، وفى الليل يصل إلينا الضوء المنعكس على القمر ومن الشموس البعيدة التى تطلق عليها النجوم (فاروق موسى، ١٩٨٥)، وتتأثر العين البشرية بموجات ضوئية بتراوح الألوان هى موجات ضوئية متفاوتة فى الطول ويمثل الطيف الشمسى المرئى، ولكن فى بعض الأحيان يستثار الحس البصرى دون أن تكون هناك أية أضواء مثلاً : إذا لكمك أحد فى وجهك فسترى أمامك نجومًا تجرى هنا وهناك ومن الممكن أن تجرى عملية بسيطة دون أن تؤذى نفسك، أغمض عينيك ثم اضغط بخفة على كرة العين فإذا زاد الضغط فسوف ترى أمامك تهاويل ضوئية لا شك أن هذا الحس لم يستثر بواسطة الضوء؛ لأن العين مغمضة، بل لأن هذه الرؤية نجمت عن الضغط على العين ذلك الضغط الذى أحدث نشاطًا عصبيًا فى العصب إلى منطقة الحس البصرى فى

الفص المؤخرى من المخ فحدث الإحساس البصرى، فالخبرة الحسية - إذن - تعتمد على النشاط العصبى المخى وليس بالضرورة على ظهور المثير العادى (محمد الزيادى ١٩٧٨).

وظائف الإبصار:

يعتبر البصر أهم وسيلة للاتصال بين الناس وبين العالم الخارجى، فبواسطة البصر يدرك الإنسان الأشياء الخارجية أو يميز أشكالها وأحجامها وألوانها. وأبعادها. وبذلك يستطيع الإنسان أن ينظم أفعاله وحركاته بما يتلاءم مع حاجاته المختلفة وبما يتفق مع مقتضيات البيئة المحيطة به.

العوامل التى يتأثر بها الإدراك البصرى عند الطفل :

١ - البحث عن الصور البصرية والاحتفاظ بها.

٢ - تمييز الصور البصرية وتحديد معالمها ورسومها

٣ - تفسير الصور وفهم معناها

الذاكرة البصرية:

تدخل المعلومات البيئية عبر إحدى الحواس (البصر، السمع، الشم، التذوق، اللمس) إلى الذاكرة الحسية باعتبارها أولى مراحل تجهيز ومعالجة المعلومات، وهذه المعلومات تكون صورة كاملة مطابقة للمثير، يتم الاحتفاظ بها لفترة قصيرة جدًا لتنقل بعدها إلى الذاكرة قصيرة المدى، أو تنسى من الذاكرة الحسية، وتحل محلها مثيرات أخرى بفعل التدفق السريع للمعلومات (فتحى الزيات ١٩٩٨)، والذاكرة الحسية التى تتطابق مع الإحساس البصرى تسمى الخزانة الأيقونية (الذاكرة البصرية)، ويقصد بها أن يكون الفرد صورة أيقونية، أى صورة مصغرة حسية زاهية مطابقة للمثير، يتم الاحتفاظ بها فى الذاكرة البصرية لفترة قصيرة،

إلا أنها تضعف وتتلاشى فى أقل من الثانية إذا لم تنقل إلى مستوى أعلى من عمليات التجهيز والمعالجة (الذاكرة قصيرة المدى)، ومنها إلى الذاكرة طويلة المدى التى يمكنها إبقاء المعلومات إلى الأبد (جابر عبد الحميد ١٩٩٥).

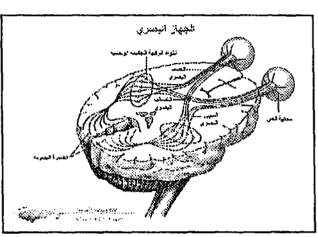
تطور سلوك الإبصار:

١ - تسقط الأشعة الضوئية الصادرة من الجسم أو المنعكسة عنه على العين، فتنفذ خلال القرنية، ثم الحجرة الأمامية، ثم العدسة البلورية، فتنكسر متجمعة بحيث تتكون للجسم صورة حقيقية مقلوبة على الشبكية، وتعمل عضلات القزحية على توسيع البؤبؤ وتضييقه بالشكل المناسب، بحيث يكون أضيق ما يمكن فى حالة الإضاءة الشديدة، وأوسع ما يمكن فى حالة الإضاءة الخافتة .

٢ - ينقل العصب البصرى صورة الجسم المقلوبة إلى مركز الإبصار فى المخ، ومراكز البصر توجد فى الفص المؤخرى فأى تلف تحدث العمى، مع أن العين نفسها قد تكون سليمة من كل شائبة، وفى الفص المؤخرى هناك مراكز أخرى لإدراك المرئيات، فمنها ما يتعلق بإدراك الكتابة، ومنها ما يتعلق بإدراك الألوان أو الأشياء، وهكذا (محروس الشناوى ١٩٩٧).

فيتم إدراك الصورة بشكلها الطبيعى ويتم ذلك بإحداث تغيرات كيماوية فى بعض خلايا الشبكية، فتتأثر الخلايا الحسية القضبان (Rods) المسئولة عن الأجسام المعتمة والمخاريط (Cones) المسئولة عن تمييز الألوان، وتوضيح تفاصيل المرئيات، وهذه الخلايا القضبانية والمخروطية منتشرة فى الشبكية، وتتصل بالعصب البصرى بألياف عصبية بواسطة الخلايا الموصلة (Training Cells) ونتيجة للتغيرات الكيماوية الناشئة عن سقوط الضوء تتولد عنها تيارات حسية تنتقل خلال العصب البصرى إلى مركز الإبصار، وتفسر هناك، ويشير أندريه

مورالى (١٩٧٩) إلى أن الضوء يثير فى العين تغيرات كيماوية فى نوع خاص من المواد يسمى (الصبغات)، وهذه التغيرات فى منطلق السيال العصبى الذى ينقله إلى المخ العصب البصرى،الصورة المعطاة ترسم على الشبكية بفضل غشاء وعدسة هو القزحية التى تقوم فتحتها أو اتساعها بالتمدد والانكماش تبعًا لدرجة الضوء المستقبلة، والعدسة جسم بلورى معلق فى إطار دائرى قابل للانكماش أو التقلص يسمح له بتعديل نقوشه تبعًا لبعد الأشياء عنه.



وتمتزج الصورتان الآتيتان من المعينين بواسطة المخ لتصبح الصورة واحدة ويسمح بالإبصار المزدوج إلى حد كبير بإدراك العمق، والبعد فهذا الإدراك لا يتسنى للعين الواحدة إلا بتأثر القناع المرتبط معترضًا لطبقة من الهواء، ومحملة بالتراب والبخار، وبفضل التقسيم اللاشعورى للعلاقة بين المحيط الظاهرى، والمحيط الواقعى للشىء، وأيضًا عن طريق تقويم عدد وأحجام الأشياء المعترضة بين العين والنقطة الثابتة (أندريه مورالى ١٩٧٩).

حاسة النظر عند الطفل الوليد:

تكون العين أقل الحواس كمالاً عند الميلاد، وهى أبطأ الحواس فى الوصول إلى درجة النضج الكاملة، ويستطيع الطفل فى الأسابيع الثلاثة الأولى من حياته التحكم فى أعصاب بصره بالنسبة للأجسام والمرئيات الكبيرة، الجامدة، والحية

كالأم مثلاً، بدليل ما يظهر من كفه عن البكاء عندما يجد الأم قادمة نحوه، وفى الشهر الرابع أو الخامس نجد الطفل يربط بين ما يراه وما تصل إليه يده، فإذا ما رأى مكعبًا صغيرًا مد يده ليلعب به، أو ليحركه، وفى الفترة التى تقع بين الشهرين السابع والتاسع تظهر لدى الطفل القدرة على أن يلتقط من الأرض أجسامًا دقيقة كالدبابيس، مما يدل على أن قدرته البصرية بلغت من النضج أكثر مما كانت عليه فى المرحلة السابقة، وبالرغم من هذه السيطرة البصرية نلاحظ أن الأطفال عند التحاقهم بمدارس المرحلة الأولى تكون قدرتهم البصرية لا تزال يعوزها شىء من الدقة، ويرجع ذلك إلى كرة العين لا تصل إلى درجة كاملة من النضج، وهذا يلقى ضوءًا يوضح سبب انتشار ظاهرة طول الإبصار التى نلاحظها فى أطفال المدارس عند بداية التحاقهم بالمرحلة الثامنة، ورغبة فى المحافظة على إبصار الطفل قبل سن الثامنة يحسن النصح باستخدام نظارات خاصة ذات عدسات محدبة؛ لتقرب مسافة تقاطع الأشعة، ويشير محروس الشناوى (١٩٩٧) إلى أن قدرة الإبصار لدى الطفل الوليد محدودة، ولا يكتمل نموها حتى سن السادسة، والطفل الصغير الذى لم يكن له القدرة على إدراك شىء مفرد عندما ينظر إليه بكلتا عينيه يمكن أن تتطور لديه صعوبات خاصة فى السلوك الإدراكى، وهذا النقص فى الرؤية بكلتا العينين ينتج عنه وجود صورتين أو شيئين متداخلين ومنفصلين بدلاً من إدراك موحد، ويبدأ الطفل فى حجب إدراك إحدى العينين لكى يرى الشىء أو الموضوع الفرد بعينه المفضلة، وهذه الحالة هى المعروفة بالعين الكسولة Amblyopic Hezy Eye، ونقص استخدام تنشيط العين غير المستخدمة ينشأ عنه تدهور تدريجى فى المرات قد ينتج عنه حالة غير قابلة للتصحيح، فى حين يرى آخرون أن الرؤية بالعين، والرؤية بالعينين تؤدى إلى ظاهرة الاندماج، بمعنى أن مجال الرؤية بالعين اليسرى يختلف عن مجالها بالعين اليمنى، من حيث علاقة الشىء المرئى

بشتى الأشياء الكائنة بالمجال، واندماج المجالين يساعدنا على تمييز البعد النسبى للمرئيات عن طريق ملاحظة درجات الاختلاف (تلقائيًا ودون جهد من العقل الواعى)، وهذا النوع من تعميق الأشياء يسمى بالرؤية المجسمة (ستريوسكوبية)؛ لأنها تمكننا من رؤية الأشياء المجسمة على طبيعتها من حيث العمق والعرض والارتفاع، وليس من حيث سطحها الظاهر فقط (عبد الفتاح دويدار ١٩٩٤).

تطور سلوك الإبصار عند الطفل:

فيشير بعض الباحثين بأن إبصار الطفل فى طفولته المبكرة، وبدء طفولته الوسطى يتميز بطول النظر، فيرى الأشياء البعيدة بوضوح يفوق رؤيته للأشياء القريبة، ويرى الكلمات الكبيرة، ويصعب عليه رؤية الكلمات الصغيرة، ولهذا يجد الأطفال صعوبة كبيرة فى القراءة عند بدء تعليمهم فى المرحلة الأولى، ويصابون أحيانًا بالصداع لما يبذلونه من جهد بالغ فى رؤية الكتابة، وفى إخضاع حركات العين إخضاعًا تامًا كمجال رؤية الكتاب، وفى إخضاع حركات العين إخضاعًا تامًا لمجال الرؤية للضيق، ثم سرعان ما يتعلمون الإشهار الجيد، وبذلك تزول آثار الصداع بالتدريبات الصحيحة والتى يستوى، حيث يكون نحو ٨٠٪ من الأطفال قبل سن السابعة مصابين بطول النظر، ونحو ٢٪ إلى ٣٪ مصابون بقصر النظر، ولكن طول النظر هذا يزول تلقائيًا مع النمو، فى الوقت الذى يزيد فيه شبه قصر النظر، ولكنه يزول أيضًا، وتصل العين كحاسة إبصار إلى غاية نضجها فى هذه المرحلة (الطفولة المتأخرة) (علاء الدين كفافى ١٩٩٧، فؤاد السيد البهى ١٩٨١)، وتعتبر حاسة الإبصار على قدر كبير من البراعة؛ لأنه بواسطتها نستطيع أن نتعرف على أدق المعالم المرتبطة بالموضوعات والأشياء التى تدركها فى العالم المحيط بنا فى اللحظة من خلال وقوعها على شبكة العين، مما يمكننا فى النهاية من تكوين نموذج عقلى معقد من العالم المحيط بنا، ويحدد هذا النموذج خصائص ومعالم كل ما تقع

عليه أعيننا من أفراد وموضوعات من ثلاثة أبعاد، هى الشكل والحجم واللون بوضوح هذه المدركات سواء فى حالة ثباتها فى أماكن معينة، أو عبر حركتها فى مجالنا البصرى، وعلى الرغم من أن كثيرًا من العمليات المشار إليها مازال يحيط به بعض الغموض، فإن العلماء المتخصصين توصلوا إلى الخطوات التى بواسطتها يتم تحويل ما يقع على شبكة العين من مثيرات إلى الكاميرا الداخلية للعين التى تقوم بتسجيل كل أحداث الحياة اليومية للإنسان (أنور الشرقاوى، ١٩٩٨).

الإدراك البصرى :

الإدراك البصرى للأشياء والتعرف عليها والمبادأة فى العملية تكون بالضوء المنعكس من الأشياء على المستقبلات العصبية، وتسقطها على خلايا المخ أو اللحاء. والذى يحولها إلى صور، ويتم التعرف بربط الأشياء المرئية بصور مشابهة مخزونة فى الذاكرة (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى ١٩٩٦)، ويعرف الإدراك البصرى بأنه عملية تأويل وتفسير المثيرات البصرية وإعطائها المعانى والدلالات وتحويل المثير البصرى من صورته الخام إلى جشطالت الإدراك الذى يختلف فى معناه ومحتواه عن العناصر الداخلة فيه (فتحى الزيات ١٩٩٨).

مراحل الإدراك البصرى :

مراحل الإدراك البصرى لا تختلف كثيرًا عن مراحل الإدراك السمعى إلا فى جهاز الإبصار (إحساس انتباه إدراك)، أى أن الخطوة الأولى فى التعرف على مكونات البيئة هى الإحساس، والإحساس هذا هو أساس الفكر والمعرفة، فعن طريق الإحساس نعى ما حولنا، ونشعر بما يحيط بنا، ويراد بالإحساس الطريقة التى تؤثر فيها محتويات البيئة فى شعورنا، ويتم هذا التأثير عن طريق الحواس المعروفة التى تستقبل المثيرات، وتنقلها إلى مراكزها بالمخ؛ لكى تعطى تعليماتها بالاستجابة لها وفقًا لخصائصها، لكى تحقق نوعًا من التكامل الفسيولوجى

والنفسى والاجتماعى للفرد فى علاقته بنفسه وبالواقع، إذن إن الإدراك هو عملية عقلية معقدة تسبقها عمليات أخرى كالانتباه والإحساس، فهذه العملية التى تمكن الفرد من التعرف على البيئة، ولكن من خلال الاختيار والتنظيم والتفسير عن طريق الحواس المعروفة لدى الكائن الحى، وفقًا لخبرة الشخص السابقة وحاجته، واهتماماته، وخصائص شخصيته بصفة عامة، فالإدراك الحسى خطوة أرقى من الإحساس فى سلم التنظيم العقلى المعرفى؛ لأنه يضفى على الصور الحسية (البصرية أو الشمية أو الذوقية أو اللمسية، وغيرها) معان تنبع من اتصال هذه الإحساسات بالجهاز العصبى المركزى ومن اتصال معانيها اتصالاً يؤدى إلى رسم الخطوة الرئيسية للحياة العقلية، فانطباع صور المرئيات على شبكية العين إحساس واتصال مؤثرات هذه المرئيات بالجهاز العصبى المركزى، وتفسيره لها من ناحية الشكل واللون والحجم وتقديره لمعناها إدراك بصرى.

كيفية الإدراك البصرى:

وذلك من خلال وسائل متعددة، وذلك أيضًا من خلال أداء بعض المهام الإدراكية البصرية، وهى:

١ - التآزر البصرى الحركى.

٢ - الشكل الأرضية.

٣ - ثبات الشكل.

٤ - الموضع فى الفراغ.

٥ - العلاقات المكانية.

أولاً: التآزر البصرى الحركى: Eye-motor-coordination

هو القدرة على التحكم فى جزء أو أكثر من أجزاء الجسم عند استخدامها

في القيام بالحركات المعقدة، ودمج هذه الأجزاء للقيام بنشاط حركة معين، يتميز بالسلاسة والنجاح، وقد يتضمن هذا النشاط نوعًا من التآزر بين جزء من أجزاء الجسم وحاسة البصر، مثل التآزر بين العين واليد، أو بين الرجل أو العين، والتآزر البصرى الحركى نشاط يتميز بنوع من الاتساق تتحكم فيه أجزاء مختلفة من الجسم والحواس وخاصة حاسة البصر، وقد يكون التآزر الحركى البصرى على نوعين: نوع يتعلق بالتآزر الحركى البصرى الذى يستخدم فيه المفحوص اليد أو الرجل المفضلة لديه،والنوع الآخر هو التآزر الحركى البصرى الثنائى الذى يستخدم فيه المفحوص اليدين أو الرجلين معًا، أو إحدى اليدين، أو إحدى الرجلين معًا عند القيام بالأداء الحركى (محمد محمود الشيخ ١٩٩٩)، فالقدرة على تحقيق التآزر بين الإدراك والحركة مهارة أساسية ومطلوبة، وحقيقة أن بياجيه سمى المرحلة الأولى من النمو العقلى المرحلة المبكرة الحسية، ويدل دلالة واضحة على الأهمية التى يوليها الخبرات الإدراكية الحركية المبكرة، وقصور الاستثارة الإدراكية الحركية عند سن صغيرة قد يؤخر النمو العقلى، ويكون التأخير ظاهرة بحيث يتم إغفال العواقب السلبية وتجاهلها حتى سنوات المدرسة حين يقارن الطفل بأقرانه فى النواحى العرفية (مارتن هنلى، ٢٠٠١)، ونرى هنا أن هذا ربما يكون جائزًا فى الإعاقة البسيطة، أو لدى الأطفال القابلين للتعليم؛ لأن هؤلاء الأطفال مظاهرهم الجسمية والبدنية كالطفل العادى، ولا يظهر هذا التأخر إلا فى أثناء دخول المدرسة، ولكن الأطفال متوسطى وشديدى الإعاقة يكون التأخير عندهم واضحًا عليهم ، وربما بعد الولادة مباشرة، وخاصة الطفل المنغولى، ويشير مصطفى كامل (٢٠٠١) إلى كيفية التآزر البصرى الحركى يطلب من الطفل هنا رسم خطوط مستقيمة ومنحنية ومنكسرة، وبين نطاقات تتزايد فى وظيفتها، أو رسم خط مستقيم يوصل إلى هدف بدون خطوط موجهة أو مرشدة (مصطفى كامل، ٢٠٠١)، وهو فى هذه الدراسة تآزر بين اليد والعين، وهو يتمثل فى الدرجة التى يحصل عليا المفحوص من خلال أدائه على الاختبار المستخدم فى الدراسة.

ثانيًا: الشكل الأرضية: Figure Grpund

تركيز علماء الجشطالت على الكليات المتحدة لا يعنى أنهم يعترفون بالانفصال بين الوحدات، فمن وجهة نظرهم أن الجشطالت (الشكل والأرضية) يمكن أن يشار إليه على أنه كل معزول بنفسه، أو منفصل عن الكليات الأخرى، ومن هنا هذا التصور للجشطالت وعلاقته بالجشطالتات الأخرى، خرجت فكرة الشكل والأرضية (أنور الشرقاوى، ١٩٩١)، فكل شىء ندركه غالبًا على الأرضية، ففى أى مثير إدراكى يوجد فى الغالب جانب أو جزء من المثير يبرز كشكل فى وقت معين على أرضية معينة، ويتضح هذا المبدأ من ملاحظاتنا اليومية: الجبل يبرز على السماء التى تبدو من خلفه، والبرتقال على أوراق الشجرة الخضراء، والممثلون على الفرقة وفى رسم لوحة، يقدم الرسام الموضوع، أو الفكرة الرئيسية على أرضية من المصاحبات الموسيقية، وحينما لا يتحدد الشكل والأرضية بوضوح، قد تحدث تنقلات وتحولات فى الإدراك بسبب نقص المرجع Reference، أو الحرس An-chorage، فالعلاقة بين الشكل والأرضية للأجزاء المختلفة من المثير قد تتغير فى أوقات مختلفة بما يطلق عليه الأشكال المتعاكسة Reversible Figures، ويستخدم مبدأ الأشكال المتعاكسة ليبين أن الخبرة السابقة بمثيرات مشابهة، والحالات العقلية للشخص الملاحظ يمكن أن تحدد أجزاء من المثيرات المركبة سوف تسيطر كشكل أولى، أى أن الخبرة فى هذه الحالة تحدد ذلك الجانب من المثير المركب الذى يبرز كشكل (طلعت منصور وآخرون ١٩٨٩)، وتشيرى - لورش (١٩٦٧) أنه يسهل على الطفل إدراك الأشكال المتابينة قبل المتقاربة، أو المتشابهة، ففى سن الرابعة يستطيع الطفل التمييز بين الأشكال المثقوبة، المفتوحة، المغلقة، ويخلط الأطفال فيما بين سن (الرابعة - السادسة) فى التمييز بين المثلث والمربع والمستطيل، وفى سن السابعة والثامنة يميز الأطفال بين الأشكال، وتقل أخطاؤها بالتدريج (ى - لورش ١٩٦٧).

ثالثا: ثبات الشكل Constacy of Shapes

هل حدث أن وجدت صعوبة عند إدراك شكل طبق أو شكل باب؟ من المؤكد أن هذا لم يحدث، ولكن عندما تفكر أنك تدرك الشيئين، بهذه تعرف أن هذا يشبه المعجزة، الطبق عبارة عن دائرة عندما تنظر إليه رأسيًا من أعلى، ولكن عندما تنظر إليه من زاويا مختلفة، فإنه يكون أنواع الأشكال البيضاوية Ovals، والقطع الناقص Ellipse، والباب عبارة عن مستطيل عندما تنظر إليه من الأمام، ولكن عندما تنظر إليه من زوايا مختلفة، أو عندما يهتز إلى الأمام وإلى الخلف، فإنه يكون كل الصور التى تنتمى إلى الأشكال الرباعية Trapezoids، ومع ذلك تدرك كلاً من الطبق والباب بأشكالها المألوفة بصرف النظر عن شكل الصورة التى تصل إلى عينيك، وهى ظاهرة تسمى ثبات الشكل الإدراكية يتطلب التعرف على أشكال هندسية مقدمة بأحجام وظلال، وبناء وتراكيب مختلفة؟ ومواضيع فى الفراغ، وتمييزها عن أشكال هندسية أخرى، واستخدمت لهذا الغرض دوائر ومربعات ومستطيلات، وقطع هندسية ناقصة ومتوازيات أضلاع (مصطفى كامل ٢٠٠١).

رابعًا: الموضوع فى الفراغ Position in Space

تتمثل هذه العملية فى الإدراك بملء الفراغ، وسد الفجوات فى الموقف التنبيهى؛ لكى يجعل منه شيئًا له مغزى، فإذا نظرنا إلى رسم أسد مكون من خطوط غير مكتملة، فإننا من خلال الصورة الذهنية نتذكر الجزء غير الموجودة فى الفراغ (ممدوحة سلامة ١٩٩٦).

خامسًا: العلاقات المكانية Spatial Relation Ship

إن فسيولوجية الإدراك لا تسمح بتفسير إدراك الإنسان للمكان، فعندما يعرض مثيران، أحدهما قريب والآخر بعيد فإن انطباعها على شبكية العين يكون فى مستوى واحد، ولا يمكن تفسير قدرة الشخص على إدراك المسافة بينهما إلا

بالرجوع إلى فسيولوجية العين، والدليل الواضح على ذلك أنه عندما يوضع شيئان على مسافتين مختلفين ويطلب إلى الشخص أن يحدد أقربهما وأبعدهما بحاسة اللمس وحدها، فإن الظاهرة الفسيولوجية للتأثير العصبى تعجز عن تفسير قدرته على ذلك، وهناك بعض الدراسات أدت إلى كشف القوانين التى تدرك بها المسافة، وأن إدراك البعد الثالث أو العمق مرتهن بانتظام جشطالتى، للمثيرات أو ما يسمى بالمهديات الحسية Cues (عبد الحليم محمود ١٩٩٠، محمد عبد القادر ١٩٧٢).

الصبغة :

إذا نظرت إلى ضوء الشمس، أو إلى ضوء المصباح شاهدت لونًا أبيض تقريبًا، وهذا الضوء الذى يبدو أبيض يحوى جميع أنواع الموجات الضوئية المختلفة، وأنت لا ترى هذه الموجات الضوئية المختلفة، ولكنك تستطيع أن تثبت وجودها إذا ما سلطت بصيصًا من الضوء على منشور خارجى، إذ نشاهد انكسار الضوء إلى عدة ألوان مختلفة تعرف بالطيف الشمسى، وليست هذه الألوان إلا الموجات المختلفة التى يتكون منها الضوء الساقط على سطح المنشور، وإذا نظرت إلى ضوء ذى موجة واحدة لم تر الألوان، وإذا اختلطت موجتان أو أكثر، فإنك لا ترى عدة ألوان بل ترى لونًا واحدًا تكون خاصته مستمدة من خصائص الموجات الداخلة فى تركيبه، فنوع اللون الذى نراه يتوقف على نوع الموجات التى تتأثر بها العين، ويقدر عدد الألوان التى يستطيع الإنسان تمييزها فى الطيف الشمسى بحوالى ١٥٠ لونًا ليست لها جميعًا أسماء معروفة، وأشهر ألوان الطيف الأحمر والأخضر والأصفر والأزرق، وهى ألوان بسيطة مكونة من موجات متشابهة، ثم البرتقالى والبنفسجى والأصفر والمخضر والأزرق المخضر، وهى ألوان ثنائية مكونة من نوعين مختلفين من الموجات، وتبدأ عين الإنسان برؤية الضوء البنفسجى بطول موجى ٣٧٠ نامومتر، ثم النيلى الأزرق، فالأخضر، فالبرتقالى، وتنتهى بالأحمر بطول موجى

٨٧٠ نانومتر (توفيق الدسوقى ٢٠٠٢). وتبدو لنا الأشياء ملونة؛ لأنها تمتص جزءًا من طاقة الضوء الساقط عليها، وتعكس الجزء الباقى الذى لم تستطع امتصاصه.

مهارات التمييز البصرى:

وتتضمن هذه المهارات خمسة أبعاد، هى :

١ - مهارات التحرك البصرى:

وهى قدرة الطفل على القيام بترك بصره يمينًا ويسارًا وأفقيًا ومتعامدًا، بالإضافة إلى التحرك البصرى المكانى.

٢ - تمييز الحروف الهجائية :

وهى قدرة الطفل على التمييز بين المتشابه أو المختلف من الحروف، بالإضافة إلى معرفة الحروف من خلال الكلمة المكتوبة.

٣ - العلاقات البصرية :

وهى قدرة الطفل على الربط بين الشكل والصورة، بالإضافة إلى الربط بين الكلمة والصورة.

٤ - تمييز الكلمات:

وهى قدرة الطفل على إدراك المتشابه من الكلمات، والتمييز بين المتشابه فى بداية الكلمات، والتعرف على الكلمات المختلفة.

٥ - التمييز بين المختلف والمتشابه:

هى قدرة الطفل على إدراك أوجه الخلاف بين صورتين، والتمييز بين المختلف والمتشابه من الأشكال والصور (فوقية رضوان، ٢٠٠٢)، (عبدالحميد سليمان، ٢٠٠٣). والمكفوفون جزء من نسيج المجتمع يتأثرون بما حولهم فى

المجتمع، ويؤثرون فيه وقد أثبتت الدراسات الحديثة، أن المعوقين ومنهم المكفوفين إذا ما أحسن توجيههم وتأهيلهم فإنهم يصبحون أفراد منتجين ونحن نعلم أن هناك كثيرًا من المعوقين قدموا أمثلة رائعة من العطاء الفكرى والفنى فى المجتمع الإنسانى وفى التاريخ القديم والحديث ومنهم بشار بن برد، وأبو العلاء المعرى، وحسان بن ثابت ويأتى فى مقدمة المحدثين، د. طه حسين رحمه الله، بيتهوفن والمعجزة الصماء والعمياء «هيلن كيلر»[٥] والكفيف مواطن يؤثر ويتأثر بأسرته وجيرانه وأقاربه، ويبتادل معهم الألفة والمودة وفى بعض الأحيان يكون له دور حيوى فى دفع أبناء أسرته أو جيرانه للإنجاز ومسايرة الحياة، وبتدريب المكفوف وتمرينه على قضاء أعماله بنفسه مع عالم المبصرين يصبح بذلك فردًا إيجابيًا فى المجتمع. [٦] حيث أنه قد شغل بعض المكفوفين مناصب حيوية ومؤثرة فى المجتمع، فقد شغل منصب الوزير، وأستاذ الجامعة والمعلم والأديب والخطيب... إلخ. وقد حظى ميدان الإعاقة البصرية باهتمام مبكر سبق جميع أنواع الاعاقات الأخرى وكذلك فإن من المكفوفين قد نال اهتمامًا ورعاية من جانب علماء النفس والتربية والاجتماع.

الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية من الإعاقات التى تثير العطف والاهتمام من قبل المجتمع؛ لأنها منذ الوهلة الأولى من الإعاقات الظاهرة، والتى من السهل التعرف عليها، خاصة عندما تكون الإعاقة شديدة كحالات العمى، أو كف البصر على عكس الإعاقة السمعية التى من الصعب التعرف عليها منذ البداية خاصة وأن ملامح وتعبيرات المعوق سمعيًا لا تختلف كثيرًا عن الطفل العادى فى حين أن المعوق بصريًا يظهر من سلوكه فى الشارع من بطء الحركة والحاجة إلى معينات بصرية كمرافقة شخص لعبور الشارع، أو استخدام العصا البيضاء ليتحسس بها الأرض، مما يثير عطف أفراد المجتمع من المحيطين به، وحاسة الإبصار من الحواس لها أهمية عظيمة فى حياة الإنسان، وتلعب دورًا كبيرًا فى تواصل الفرد مع البيئة التى يعيش

فيها دون غيرها من الحواس الأخرى، فهى من النوافذ التى يعتمد عليها الإنسان فى التعرف على المثيرات البيئية التى تتعلق بالهيئات والأشكال وتفصيلاتها وخصائصها وأوضاعها المكانية فى الفراغ، ومن ثم الإحساس بها وتشكيل المدركات والمفاهيم البصرية التى تلعب دورًا كبيرًا فى النمو العقلى لدى الفرد.

مفهوم الإعاقة البصرية:

المعوقون بصريًا Visually Handicapped مصطلح عام يشير إلى درجات متفاوتة من الفقد البصرى، تتراوح بين حالات العمى الكلى Blind Totally ممن لا يملكون الإحساس بالضوء، ولا يرون شيئًا على الإطلاق، ويتعين عليهم الاعتماد كلية على حواسهم الأخرى تمامًا فى حياتهم اليومية وتعلمهم، وحالات الإعاقة أو الإبصار الجزئى Partially Sighted التى تتفاوت مقدرات أصحابها على التمييز البصرى للأشياء المرئية، ويمكنهم الإفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجاتها فى التوجه والحركة، وعمليات التعلم المدرسى سواء باستخدام المعينات البصرية أم بدونها (القريطى ١٩٩٦)، استخدمت مصطلحات كثيرة للإشارة إلى الفرد الذى فقد بصره، منها: أعمى - أكمه - ضرير - عاجز - فاقد النظر - كفيف - معوق بصريًا، ويرجع التغيير فى هذه المصطلحات إلى تغيير النظرة إلى المعوقين بصريًا، فقد استخدمت مصطلحات الكفيف التى تعبر عن اتجاهات الشفقة والعطف عن هؤلاء الأفراد، وبالتالى اتخذت هذه الإعاقة كوسيلة للارتزاق والكسب، ثم تغيرت النظرة المتعلقة بهؤلاء الأفراد بإمكاناتهم خلال العقد الماضى تقريبًا، حيث ظهر مصطلح الإعاقة البصرية ليعبر عن وجود أوجه القصور لدى الفرد فى جانب معين ووجود موطن قوة لديه فى جوانب أخرى، ومن ثم وجوب توفير الظروف الملائمة التى تساعد على استثمار طاقات هؤلاء الأفراد والذى يشعرهم بأهميتهم فى الحياة، وأنهم بشر مثل الآخرين حرموا من نعمة البصر، ولكنهم باستثناء هذا الحرمان فإنهم عاديون، ومنهم الموهوبون والمتفوقون وأصحاب القدرات العالية إذا

ما أتيحت لهم فرصة تنمية هذه القدرات بتقديم البرامج التربوية والتأهيلية التى تنمى وتزيد من فاعلية الحواس الأخرى، وأيضًا تنمى ما تبقى لهم من قدرات بصرية بالنسبة لضعاف البصر، وهنا يجب أن نشير إلى أن الإعاقة البصرية تتضمن المكفوفين وضعاف البصر، وقد استخدمت اللغة العربية ألفاظًا كثيرة للذى فقد بصره - سبق ذكرها - العمى والأكمه والكفيف، و...، والإعاقة البصرية ونحن سوف نأخذ بالمصطلح الحديث وهو الإعاقة البصرية، ونحن نعنى بها حالة الفقد الكلى أو الجزئى لحاسة البصر نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية، أو وراثية وبيئية معًا، وتعوق الفرد عن عملية التعليم العادية، ويحتاج إلى أساليب خاصة كطريقة برايل فى حالة الفقد الكلى أو إلى المعينات البصرية فى حالة الفقد الجزئى أو الضعف البصرى.

أولاً : التعريفات القانونية:

يهدف هذا النوع من التعريفات إلى تحديد مدى أهلية الأفراد الذين يشملهم التعرف للحصول على التسهيلات والحقوق والضمانات المدنية التى يكفلها لهم القانون كمواطنين، مثل : الخدمات الصحية والطبية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية والتشغيلية والدعم المادى، ... وغيرها (المعايطة، ٢٠٠٠).

١ - الأعمى : Blind

من أكثر تعريفاته شيوعًا ما ينص على أن الشخص يعد أعمى إذا ما كانت حدة إبصاره المركزية تساوى أو تقل عن ٢٠/٢٠٠ قدمًا (٦/٦٠ مترًا) فى أقوى العينين وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقه

وهناك أنواع من كف البصر أو العمى مثل :

أ - **العمى الحرفى:** وهو يشير إلى عدم قدرة الشخص على كسب قوته نتيجة اختلاف الرؤية .

ب - **العمى الوظيفى:** وهو يشير إلى عدم قدرة الشخص على ممارسة نشاطه اليومى فهو يتطلب بعض المساعدة مثل طريقة برايل للقراءة.

ج - **العمى الفطرى:** وهو الشخص الذى يولد أعمى فى مرحلة مبكرة من حياته.

د - **العمى الثلجى:** وهو الذى يحدث بسبب إصابة العين بالضوء القوى المنعكس من الثلج، والشعاع المنعكس بسبب اختراق القرنية للعين ويصاحب هذا المرض الشعور بالألم والشعور بوجود حبات رمل داخل العين.

٥ - تعريف الكفيف اجتماعيا (من وجهة نظر علم الاجتماع)

عرف الكفيف اجتماعيا، بأنه الشخص الذى لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه أو من كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة اقتصاديًا، أو من كانت قدرة بصره ضعيفة، بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادى يعنى أيضا الشخص الذى فقد بصره كليًا، جزئيًا مما يستوجب حاجته إلى المساعدات الأدبية والاجتماعية وتعطى هذه المساعدات طبقًا لدرجة الإبصار والمجال ودوائر الرؤية والتى على أساسها تتحدد الحاجة إلى المساعدة ويكون لمن تنطبق عليه الشروط السابقة الحق فى حمل الإشارة أو العلامة الخاصة بالمكفوفين ليسهل التعرف عليه وتقدم المساعدات عند عبور الطريق وركوب وسيلة المواصلات وغيرها مما تطلبه الحياه اليومية والمواقف الاجتماعية.

والكفيف من وجهة نظر التربية الخاصة

يعرف الكفيف من وجهة نظر التربية الخاصة بأنه الشخص الذى لا يستطيع أن يعتمد على حاسة الإبصار لعجز منها فى أداء الأعمال التى يؤديها غير باستخدام هذه الحاسة ويعرف (Berkson) كف البصر أنه نقص واضح فى القدرة على الاستجابة للمثيرات البصرية، وقد يكون كليًا أو جزئيًا وقد يكون نتيجة لجرح أو إصابة الجهاز البصرى أو إصابة فى الشبكة وملحقاتها، أو فى العصب البصرى أو فى مراكز الإبصار فى المخ.

ويعرف (Baraga) تعريفا يركز على ما قد تسببه الإعاقة البصرية من تصور فى التحصيل الدراسى، إذا لم تهيأ للشخص البيئة التعليمية المناسبة حيث يعرف المعوق بصريا بأنه الشخص الذى يتعارض تحصيله مع مستوى التعليم المدرسى العادى إذا لم تتوفر التعديلات اللازمة فى طبيعة وطرق تقديم الخبرات التعليمية وذلك بسبب إعاقته البصرية.

تعريف الكفيف فسيولوجيًا.

يعرف كف البصر فسيولوجيًا بأنه الحالة التى يفقد فيها الشخص جزئيا أو كليا القدرة على الرؤية بالعين وهناك من يقسم المكفوفين إلى الفئات الأربعة التالية:

١ - **مكفوفون كليا:** ولدوا وأصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

٢ - **مكفوفون كليا:** أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

٣ - **مكفوفون جزئيا:** ولدوا وأصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

٤ - **مكفوفون جزئيا:** أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

الكفيف فى علم النفس (الاضطرابات السيكوسوماتية) Psycliosouatic Distwbewee وهو قائم على أساس الأسباب النفسية التى قد تؤدى إلى الإصابة بكف البصر وهو ما يطلق عليه بالكف الهستيرى، وهو ليس كفًا حقيقيًا ولكنه ناتج عن الاضطرابات الانفعالية المزمنة والمحولة إلى حاسة الإبصار، ويصيب ذوى الشخصية الهيستيرية وغالبا ما يبدأ فجأة ويصاحبه آلام ألام فى العين ويعتقد المريض الهستيرى أنه أصبح بالفعل كفيفا أو كاد أن يكون.

من جملة ما سبق من تعريفات مختلفة ومتنوعة للكفيف نستخلص أن الكفيف هو الشخص الذى تقل حدة إبصاره عن ٢٠ / ٢٠٠ قدم بالعينين معًا أو بالعين الأقوى بعد العلاج أو التصحيح بالنظارة الطبية، وأصيب بذلك منذ الولادة أو قبل سن الخامسة وألا يكون مع كف البصر أى عجز بدنى آخر.

حد إبصاره المركزية تساوى أو تقل عن ٢٠ / ٢٠٠ قدمًا (أى ٦ / ٦٠ مترًا) فى أقوى العينين، وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارات الطبية، أو العدسات اللاصقة، أو من لديه حدة إبصار مركزى تزيد عن ٢٠ / ٢٠٠ قدم، لكن يضيق أو يتحدد مجال إبصاره بحيث لا يتعدى أوسع قطر لهذا المجال ٢٠ درجة بالنسبة لأحسن العينين وهناك أنواع من كف البصر أو العمى الجزئى :

ب - ضعاف البصر أو المبصرين جزئيًا : Partially Sighted

وهم من تتراوح حدة إبصارهم المركزية بين ٢٠ / ٧٠ قدمًا (٦ / ٦٠ مترًا) و٢٠ / ٢٠٠ ، ٦ / ٦٠ مترًا فى أقوى العينين، وذلك بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة بالنظارات أو العدسات اللاصقة (القريطى، ١٩٩٦)، ونحن نرى أن الأعمى هو الشخص الذى فقد بصره كلية منذ الولادة أو بعد الولادة قبل سن الخامسة، ولا يستطيع الرؤية فى كل الظروف حتى لو استعان بالمعينات البصرية، أما العمى الجزئى فهو الشخص الذى لديه بقايا من قوة الإبصار تساوى ٢٠ / ٢٠٠ قدم، أو ٦ / ٦٠ مترًا ويتمكن بصريا من القراءة والكتابة بالخط العادى سواء باستخدام المعينات البصرية أو اليدوية.

ثانيًا: التعريفات الطبية والتربوية :

أ - التعريفات الطبية :

تعتمد التعريفات الطبية على حدة الإبصار Visual Activity وأن الأعمى هو من يفقد القدرة على عد أصابع اليد على بعد متر لكلا العينين بعد التصحيح بالنظارة، ويعرف كيرك وجلوفر العمى Blindness بأنه: حدة إبصار مقدارها ٢٠/ ٢٠٠ أو أقل فى العين الأفضل، أو حدة بعد أكثر من ٢٠ / ٢٠٠ إذا كان مجال الرؤية لا يزيد عن زاوية مقدارها ٢٠ درجة، أما الأشخاص المبصرون جزئيًا -Par tially Sights فهم الأشخاص الذين تكون حدة البصر لديهم أفضل من ٢٠ /

٢٠٠ ولكن أقل من ٢٠ / ٧٠ فى العين الأفضل بعد التصحيح (Kirk & Golfer, 1989) وتقاس حدة البصر بطريقة أو أكثر من عدة طرق كالقدرة على الكشف عن ثغرات صغيرة جدًا بين أجزاء شكل، وتسمى هذه الطريقة بطريقة الحد الأولى من التواصل أو القدرة على أن يميز الشخص خطًا داكنًا على خلفية فاتحة اللون، أو خطأ فاتح اللون على خلفية داكنة (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى ١٩٩٥)، وتقاس حدة الإبصار بما يسمى مقياس الحدة Acuity Grating وهو وسيلة لقياس حدة الإبصار عند المفحوص، ويتكون هذا المقياس من خطين أحدهما أبيض والآخر أسود قريبين فى الوضع، ويتناوب كل منهما، أما فى مجال الإبصار وهو نطاق الرؤية دون تحريك الرأس فإنه قد يتأثر بطريقين أن تكون العين ذات إبصار مركزى مع مجال بصرى محدود بزاوية معينة، أو تكون العين مصابة بعتمة بصرية Scotoma (وهى نقطة بدون إبصار) إذا وجدت فى مركز المجال البصرى يترتب عليها فقد البصر المركزى، ويمكن قياس الحدود الخاصة بالمجال البصرى بواسطة جهاز بيرمتر Permeter، وهو جهاز يوضح المجال البصرى فى الاتجاهات المختلفة فى رسم بيانى.

ب - التعريفات التربوية :

هو الشخص الذى يعجز عن استخدام بصره فى الحصول على المعرفة وبالتالى لا يستطيع تلقى العلم فى المدارس العادية أسوة بالأطفال العاديين، وقد تكون الإعاقة كلية (العمى)، فهو يحتاج إلى مناهج وطرق تدريس تتناسب مع إعاقته كطريقة برايل، وقد تكون الإعاقة جزئية (ضعيف البصر)، فهو يستطيع قراءة الحروف الكبيرة أو المجسمة، وبالتالى يواجه التلميذ المعوق بصريًا سواء (الكفيف أو ضعيف البصر) مشكلات فى العملية التعليمية تؤثر على علاقته بالزملاء والمعلمين داخل الفصل الدراسى، مما ينتابه شعور بالعزلة والانطواء، وقد يؤدى به الحال إلى التسرب من التعليم إذا لم يجد البرامج التربوية والتأهيلية المناسبة بحيث تكون المثيرات من واقع البيئة، ولا تكون مستغربة عن الطفل حتى لا يعزف عن متابعتها أو الاستفادة منها. (كمال سالم ١٩٩٧).

عوامل الإعاقة البصرية

غالبًا ما تعود عوامل الإعاقة البصرية إلى كونها وراثية أو بيئية أو وراثية وبيئية معًا، أو قد تكون مجهولة المصدر.

أولاً: العوامل الوراثية:

وهى العوامل التى تؤثر على الجنين قبل الولادة، ومن أهم العوامل الوراثية العوامل الجينية:

- قد يرث الطفل بعض الصفات من والديه وأجداده عن طريق الجينات الوراقية، والشىء الموروث هو نوع من الخلل أو الاضطراب التى تنتقل إلى الجنين من أحد الوالدين أو كليهما، وتعوق عملية النمو بشكل عام، وتؤدي إلى الإعاقة البصرية، ومن أهمها العيوب المخية (تلف الدماغ)، والاضطرابات في تكوين الخلايا واضطراب التمثيل الغذائى.

- عامل Rh (العامل الريزيس)، وهو اختلاف دم الجنين عن دم الأم بشكل يؤدي إلى أن يقوم دم الأم بتكوين أجسام مضادة لدم الطفل تسبب له مضاعفات قد تؤذي جهازه العصبي، وتؤدي به إلى الإعاقة بكل أشكالها، وقد يولد ميتًا، ومن بين هذه الحالات التهاب الشبكية الوراثى Retinitis Pigmentosis الذي يؤدي إلى ضيق مجال الرؤية، وصعوبة تمييز الأشياء في الأماكن ضعيفة الإضافة، وحالات عتمة عدسة العين (المياه البيضاء) Cataract، وحالات الجلوكوما الخلفية (المياه الزرقاء) Glaucoma.

ثانيًا: العوامل البيئية:

مما لا شك فيه أن تأثير البيئة على الطفل يبدأ منذ اللحظة الأولى التي يحدث فيها الإخصاب، ويعد هذا الأمر مهم جدًا في مستقبل الجنين، ومن أهم

العوامل البيئية: (عوامل قبل الولادة، وعوامل أثناء الولادة، وعوامل بعد الولادة).

أ - العوامل البيئية قبل الولادة:

١ – الأمراض المعدية: التى قد تصاب بها الأم الحامل، مثل الحصبة الألمانى أو مرض الزهرى والتهاب الكبد الوبائى والجدرى والنكاف.

٢ – التعرض للإشعاعات أثناء الحمل.

٣ – الاستعمال السيئ للأدوية.

٤ – سوء تغذية الأم الحامل.

٥ – سن الأم عند الإنجاب: (لعدم اكتمال الحوض بالنسبة للأمهات الصغيرات، وضعف البويضات بالنسبة للأمهات فوق سن الأربعين، مما يؤدى إلى ولادة أطفال مشوهين، أو لديهم إعاقات.

٦ – الحمل غير الشرعى : لعدم اهتمام الأم بصحتها بسبب عدم رغبتها فى الإنجاب، وعدم الاهتمام بصحتها، وعدم الاهتمام بغذائها، وهذه الظروف الرحمية السيئة التى يعيشها الأجنة تؤدى إلى ولادة أطفال لديهم إعاقات.

٧ – نقص نمو الجنين : ولادة أطفال غير مكتملى النمو تؤدى إلى زيادة فرصة التعرض للأمراض التى تؤذى خلايا المخ والجهاز العصبى.

ب - العوامل البيئية أثناء الولادة:

١ – الحمل الخطر: يمكن للأطباء التعرف على خطورة هذا الحمل من بين الدلالات التالية :

أ) أن تكون الأم تحت سن العشرين، أو فوق سن الأربعين (لعدم اكتمال الحوض بالنسبة للأمهات الصغيرات، وضعف البويضات بالنسبة للأمهات فوق سن الأربعين)

ب) الأم لها تاريخ سابق فى مشكلات الحمل والأطفال المولودين أمواتًا.

ج) الأم مصابة بمرض مزمن كالسكر، أو ارتفاع ضغط الدم، أو إدمان المخدرات والكحول.

د) إذا كان دم الأم يحتوى على الصورة السالبة (-Rh)، بينما دم الأب يحتوى على الصورة الموجبة (+Rh) ففى هذه الحالة سيرث الطفل دم الأب بالصورة الموجبة (+Rh) .

٢ - عدم اكتمال الحمل، أو ولادة أطفال مبتسرين.

٣ - الإصابات البدنية أثناء الولادة من عملية شفط الرأس، أو استعمال أدوات طبية غير مناسبة، غير معقمة، وخاصة فى الريف المصرى.

٤ - نقص أو زيادة كمية الأكسجين أثناء الولادة، فالزيادة تؤدى إلى فقد البصر.

٥ - نقص السكر فى الدم.

ج - العوامل البيئية بعد الولادة:

تعرض الجنين والأم للحوادث المفاجئة : فكثير ما تؤدى الإصابات المباشرة التى يتعرض الجنين لها بعد الولادة إلى حدوث إعاقة بصرية تتراوح ما بين العمى الكلى، وضعف البصر، أو قد تؤدى إلى فقد إحدى العينين.

ثالثًا : الأسباب العضوية:

أهم الأسباب العضوية التى تعطل العين عن أداء وظيفتها، وتؤدى بالشخص إلى الإعاقة البصرية، وهى تنقسم إلى قسمين:

أ - أسباب خارجية تتعلق بكرة العين نفسها، وتشتمل على العيوب التى تصاب بها الطبقات والأجزاء المكونة للعين، كالطبقة القرنية والشبكية والعدسة.

ب - أسباب داخلية تتعلق بالعصب البصرى الموصل، والمراكز العصبية فى المخ، وتشتمل على العيوب التى يصاب بها العصب البصرى، وتلف المراكز العصبية فى الدمغ، وفيما يلى إشارة لهذه العيوب:

١ - الجلوكوما : Glaucma

الجلوكوما أو ما يعرف بالمياه الزرقاء هى زيادة حادة فى ضغط العين، مما يحد من كمية الدم التى تصل إلى الشبكية، ويؤدى إلى تلف الخلايا البصرية، وبالتالى إلى العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرًا، هذه وتصنف المياه الزرقاء إلى نوعين رئيسيين، هما :

أ - المياه الزرقاء الولادية :

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة، أو بعد الولادة بقليل، وتؤدى هذه الحالة إلى تلف الخلايا البصرية، وفى الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة إلى الأمام، وفى البداية يتجنب الطفل الضوء، وتسيل دموعه بكثرة، وهذه الأمراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلى فى العين، وتلف القرنية ، إذ يحدث توسع فيها.

ب - المياه الزرقاء لدى الراشدين :

يعانى الأفراد المصابون بهذه الحالة من صداع فى الجزء الأمامى من الرأس، خاصة فى الصباح، ويمكن معالجة هذا النوع من المياه الزرقاء فى كثير من الأحيان بقصرة العيون التى تعمل على خفض الضغط، وقد يكون كلا النوعين أوليًا – أى ليس ناتجًا عن مرض ما فى العين – أو قد يكون ثانويًا – أى ناتجًا عن مرض ما فى العين.

٢ - المياه البيضاء : Catarct

وهو إعتام فى عدسة العين، وفقدان الشفافية يؤدى إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة، وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار، ولكنه قد يحدث

مبكرًا أيضًا بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين، وتسمى الحالة لدى الأطفال حديثى الولادة بالماء الأبيض، حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة.

٣ - التليف خلف العدسة:

وينتج التليف خلف العدسة عن زيادة فى معدل الأكسجين فى الحضانات التى يوضع فيها المواليد الذين وضعتهم أمهاتهم قبل الموعد الطبيعى للولادة المتعسرة، مما يؤدى إلى تليف فى الأوعية الدموية، وقرحة فى عدسة عين الوليد .

٤ - التراكوما:

وهو التهاب مزمن فى الملتحمة، من أهم أسبابه الفقر وقلة النظافة، وعدم توفير العناية الصحية، وتنتقل عدوى هذا المرض بواسطة الأيدى والمناشف، ومن الأمراض الرئيسية للتراكوما انتفاخ الجفون، واحمرار الملتحمة، والتحسس للضوء، وغالبًا ما يقتصر العلاج على القطرات، مثل قطرات السلفا أو التتراسيكلين لمدة شهر أو شهرين.

٥ - العمى النهرى :

وهو يرتبط بالذباب الأسود الذى يعيش ويتكاثر مع وجود الأنهار، خاصة فى أفريقيا، حيث يقوم الذباب بلدغ جلد الإنسان، وحقنه بجراثيم صغيرة لا ترى، تؤدى إلى إصابة أعضاء الجسم، ومنها العين.

٦ - التهاب العصب البصرى:

وهو ينتج عن الأورام أو الإصابات التى تصيب العظام المحيطة بالعصب البصرى أو الإصابات التى تصيب المخ، فتؤدى إلى ضمور فى العصب البصرى، مما يؤدى إلى فقدان الاتصال بين العين والمخ، فتعجز العين عن الرؤية، مما يؤدى إلى العمى.

٧ - الرمد الحبيبى :

وهو ينتج عن فيروس خاص يعمل على تليف نسيج الجفون الملتحمة، وتغير وضع الجفن، وبالتالى يتغير اتجاه الرموش لتصبح نحو الداخل، وعادة يبدأ بدموع، وإحساس بوجود حبات رمال العين، وإذا لم يعالج هذا المرض يؤدى إلى فقد البصر كلية.

٨ - الهربس :

وهو من الأمراض المعدية الناتجة عن بعض الفيروسات، ومن أهم أعراضه ظهور فقاعات مائية على جلد المصاب، أو قروح فى القرنية تتسبب فى إعتام العين، وضعف فى الإبصار، ويمكن علاجه أولاً بالمواد المطهرة وبعض المراهم (عبد الرحمن حسين ٢٠٠٣).

أعراض الإعاقة البصرية

تعنى بأعراض الإعاقة البصرية المؤشرات أو الدلائل التى تدل على وجود الإعاقة البصرية لدى الفرد، وغالبًا ما يكون للآباء والمعلمين والمحيطين بالطفل دور مهم فى اكتشاف هذه الأعراض والملاحظة الدقيقة لحالات الأطفال.

ومن بين هذه الأعراض ما يلى :

أ - الأعراض الاجتماعية والسلوكية :

١ - عدم ميل الطفل إلى التفاعل الاجتماعى مع أقرانه.

٢ - بطء الحركة وقلة التنقل داخل المنزل؛ ولذا يتسمون بالسمنة.

٣ - كثرة الاصطدام بجدران المنزل وقطع الأثاث، خاصة عندما يقطن فى مكان حديث أو غير مألوف لديه.

٤ - عدم الاهتمام بالأنشطة التى تتطلب الجرى والقفز.

٥ - حب الاستماع والعزوف أحيانًا عن المشاهدة.

٦ - عدم التدقيق فى اختيار ألوان الملابس.

٧ - الالتصاق بالأب أو الأم أثناء السير فى الشارع.

٨ - طأطأة الرأس والميل إلى الأمام عند النظر إلى الأشياء التى أمامه.

٩ - ميل الطفل إلى إغماض عينيه، وتضييق حدقة العين حين ينظر إلى الأشياء.

ب - الأعراض الطبية (الفسيولوجية):

١ - وجود حول فى العين، ورؤية صور الأشياء مزدوجة.

٢ - عدم التمييز بين الألوان.

٣ - كثرة الإفرازات المتكررة.

٤ - الالتهابات المتكررة .

٥ - احمرار الجفون.

٦ - حرقان شديد ومستمر فى العينين.

٧ - الصداع عندما ينظر إلى الأشياء بكثرة.

٨ - تذبذب حركة العينين (عدم التركيز على الموضوع المرئى).

جـ - الأعراض التربوية :

١ - تدنى التحصيل الدراسى فى المواد التى تعتمد على البصر.

٢ - عدم الانتباه للمعلم أثناء الشرح على السبورة.

٣ - ميل الرأس تجاه المعلم أثناء الشرح.

٤ - كثرة الحركة داخل الفصل (القيام والجلوس بكثرة).

٥ – دائم الاستفسار عن الأصوات المتشابهة.

٦ – البطء فى القراءة أو ضعف القراءة.

٧ – الكتابة بحروف ذات أحجام كبيرة وأحيانًا غير مقروءة.

٨ – وضع الكتاب قريبًا جدًا من العينين عند محاولة القراءة (التحديق فى الكتاب).

د - الأعراض النفسية :

١ – القلق .

٢ – الشعور بالنقص والإحساس بالدونية .

٣ – انعدام الأمن والخوف من ممارسة الأنشطة التى تتطلب الحركة.

٤ – التعلق الشديد بالوالدين خاصة الأم.

٥ – عدم الثقة بالنفس.

٦ – الشعور بالاغتراب وسط جماعة الأقران.

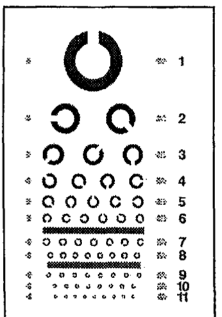
٧ – اللجوء إلى بعض الميكانيزمات الدفاعية، وأهمها الكبت والتبرير.

تشخيص الإعاقة البصرية

الهدف من عملية التشخيص هو تحديد درجة الفقد البصرى، والأسباب والعوامل التى أدت إلى تلك الإعاقة، وأيضًا تحديد طرق العلاج والوقاية من هذه الإعاقة، ووضع البرامج التربوية والتأهيلية التى تتناسب مع هذه الإعاقة، بعد أن استعرضنا أعراض الإعاقة البصرية من الناحية الاجتماعية والتربوية والنفسية، فإنه ينبغى على القائمين على أمر الطفل الذى تظهر لديه هذه الأعراض عرض الطفل على طبيب متخصص فى أمراض العيون لإجراء الفحوص اللازمة، وتحديد حجم الإصابة أو الضرر الذى يقع فى العين (أى قياس حدة الإبصار، وتشخيص حالة الطفل، وتحديد

درجة الإبصار، واتخاذ ما يلزم من إجراءات سواء جراحية أو وصف بعض العقاقير أو المعينات البصرية كالنظارات)، وإجراء التدريبات التصحيحية والبصرية.

وتركز الدراسات الحديثة عند تشخيص الطفل المعوق بصريًا يجب إتباع عدة اختبارات بهدف الحصول على معلومات شاملة ودقيقة ويؤخذ فى الاعتبار عند التشخيص أو التقييم ما يلى :-



١ - ظروف الطفل (الحالة الجسدية، الحالة الحسية، الصحة العامة، التغذية).

٢ - ظروف الأسرة (المستوى الاجتماعى ، الاتجاهات والقيم التى تتبناها).

٣ - التاريخ النمائى التطورى.

٤ - فلسفة البرنامج التعليمى واتجاهات العاملين والظروف التعليمية المتاحة للطفل.

٥ - التوقعات للأداء المستقبلى بناء على وضع الطفل فى البيئة الحالية سواء فى البيت أو المدرسة أو المجتمع بشكل عام.

١ - لوحة سينلن : Senellen Chart

تتكون هذه اللوحة من مجموعة سطور متدرجة الحجم من الأكبر إلى الأصغر، ومن أعلى إلى أسفل، حيث تبدأ الحروف فى أعلى القائمة كبيرة حتى تنتهى إلى أقل حجم ممكن فى أسفلها، وهذه اللوحة تتضمن حروفًا أو أشكالاً بعينها كالحرف الإنجليزى (C), (E), (Z) ولكن الأكثر شهرة وشيوعًا فى مصر هو حرف (C)، وعلى المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الأحرف فى كل حالة من حالات

حجم الحرف، ويكون على بعد ستة أمتار، أو ٢٠ قدمًا وفى كل الاتجاهات، ويبدأ المفحوص من أعلى إلى أسفل، أى من مسافة ٦ / ٢٠،٦٠ / ٢٠٠ وهكذا إلى أن يصل إلى آخر سطر فى اللوحة وهو الأصغر حجمًا، أى ما يعادل ٦ / ٦ أو ٢٠ / ٢٠، وفى هذه الحالة تكون قوة أو حدة الإبصار عالية، ويكون بصره كاملاً إذا كانت العين الأخرى بنفس القوة أو الحدة، أى (٦/٦ متر، أو ٢٠/٢٠ قدم)، ويكون الاختبار بتحريك الحرف (C) فى كل الجهات، وتستخدم لوحة سنلين لقياس حدة الإبصار من مسافات بعيدة، ومن نقط مركزية، والكشف عن قصر النظر Myo-pia، ولكنها لا تفيد ولا تصلح فى الكشف عن مدى قدرة الطفل على قراءة المواد التى تستلزم الرؤية من مسافات قريبة، ولا تفيد فى الكشف عن المشكلات البصرية (طول النظر - قصر النظر - الحول - عمى الألوان).

٢ - مقياس باراجا للكفاءة البصرية :

طورت ن. باراجا Baraga مقياسًا لتقدير درجة الكفاءة البصرية أو الإبصار الوظيفى بدلاً من حدة الإبصار؛ لأنها لا تكفى دليلاً على الاستخدام الأمثل والصحيح لحاسة الإبصار فى الحقل التعليمى، حيث يتطلب الأمر قدرًا من الفاعلية البصرية فى رؤية المواد المطبوعة عن قرب، ويتكون هذا المقياس من عدد من المثيرات البصرية لكل منها عدد من البدائل، وعلى المفحوص أن يحدد من بينها الشكل المطابق للمثير الأصلى .

ويشتمل هذا المقياس على ثمانية جوانب رئيسية هى :

١ - الوعى بالإشارة البصرية، كأن يحول رأسه أو عينه باتجاه الضوء.

٢ - ضبط حركة العينين، وتمييز الأشكال والألوان.

٣ - تمييز الأشكال .

٤ - التعرف على التمييز واستخدام صور الأشياء، وصور الحوادث المختلفة.

٥ - الذاكرة البصرية بمعنى تذكر التفاصيل والعلاقة بين الأجزاء، والتمييز بين الشكل والخلفية .

٦ - تمييز الرموز والأشكال المجردة وإعادة رسمها.

٧ - إدراك العلاقة بين الصورة والأشكال المجردة والرموز.

٨ - معرفة وإدراك الرموز فى أشكال مختلفة وإعادة رسمها.

٣ - جهاز كيستون للمسح البصرى :

يطلق على هذا الجهاز أحيانًا الاصطلاح (Telehinoculan)، وهذا الجهاز يحدد القدرة البصرية للطفل بطريقة شاملة، فهو يقيس طول وقصر النظر واللابؤرية، ويقيس الخلط الذى يمكن أن يحدث فى النقط البعيدة أو القريبة، ويقيس ما يتعلق بالتوازن، وقياس تآزر العينين تحت ظروف مشابهة لما يحدث أثناء عملية القراءة، ويعد هذا الجهاز من الأدوات المفيدة فى عملية التعلم، وخاصة القراءة العلاجية، وهذا الجهاز يمكنه اختبار كل عين على حدة فى الوقت الذى تكون فيه العينان مشتركتين فى الرؤية كالعادة، ويتم ذلك عن طريق وضع زوج من الصور أمام العينين، ويقيس أيضًا توازن العضلات والتداخل الذى يحدث عند قراءة الكتب أو البؤرة البعيدة، وتآزر العينين.

٤ - اختبار أنمير للإبصار :

وهذا الجهاز يكشف عن حدة الإبصار، وقصر النظر وبعد النظر، والتوازن العضلى من الخلط، والاستجماتيزم، وهذا الجهاز سهل الأداء وقليل التكاليف.

٥ - بطاقة تقدير القراءة :

وهى أداة شبيهة بلوحة سنلن، وعند إجراء الاختبار تختبر واحدة، فى حين تغمض العين الأخرى، وتوضع اللوحة على بعد ١٤ بوصة من العين، فإذا استطاع

الطفل قراءة السطر الأول من البطاقة كان معنى ذلك أن حدته البصرية تعادل ١٤/ ١٤، وكفايته البصرية تكون نسبتها ١٠٠، وهكذا ويعد هذا الاختبار من الاختبارات السهلة كما أنه يكشف بسهولة عن ضعاف البصر، ويكشف عن قصر النظر، ويعتبر أداة قيمة فى التعرف السريع على هؤلاء الأطفال الذين يعانون ضعفًا بصريًا يعوقهم عن القراءة ، ولكنه لا يكشف عن اللا بؤرية أو عدم التوازن العضلى، وغيرها من العيوب التى يمكن أن يكشف عنها جهاز كسيتون، ومما سبق يمكن القول إن تشخيص الإعاقة البصرية يتوقف أولاً على الأعراض (أى أعراض الإعاقة البصرية السابق ذكرها)، وثانيًا القياس الطبى للكشف عن حدة الإبصار، واستخدام الأجهزة (لوحة سنلن - مقياس باراجا للكفاءة البصرية - بطاقة تقدير القراءة)، وتقاس حدة الإبصار لكل عين على حدة، وتوجد الآن وسائل طبية حديثة ذات تقنيات عالية للكشف عن قاع العين، وتحديد درجة وحدة الإبصار دون الاعتماد على الأجهزة السابق ذكرها، وطرق العلاج أيضًا حديثة كالعلاج بالليزك وغيره، ولكن يجب أن ينتبه إلى أن الإعاقة الشديدة من السهل اكتشافها، وأيضًا من السهل تحديد نوع العلاج أو البرامج التى تناسبها، ولكن مشكلة التشخيص تتعقد فى الإعاقات الخفيفة، وفى حالة الأطفال الصغار الذين لا يحسنون التعبير عما يحسنون، ولكن يجب أن يكون الاكتشاف والتشخيص مبكرًا حتى يمكن تقديم العلاج المناسب فى الوقت المناسب، حتى لا يتفاقم الضرر والدخول فى أساليب علاجية معقدة لا تحمد عقباها.

٦ - قياس مجال الرؤية [1]:

لقياس مجال الرؤية يطلب من الشخص الجلوس مقابل المفحوص، وبنفس المستوى، ويطلب منه أن يغطى عينًا ويحدق بالأخرى فى وجه الفاحص ومن كل جهة، وبالتناوب يظهر شيئًا صغيرًا يطلب من المفحوص التعرف عليه، ويسمى هذا الاختبار باختبار مجال المواجهة (The Confrontation Field Test)، ويعتبر مفيدًا من الناحية العلمية للكشف السريع عن مجال الرؤية (عبد الرحمن إبراهيم، ٢٠٠٣).

تصنيف الإعاقة البصرية

تصنف الإعاقة البصرية طبقًا لدرجة الفقد البصرى، وهى تنقسم إلى قسمين هى حالة الفقد الكلى أو العميان Totally Blind، وحالات الفقد الجزئى أو ضعاف البصر Partially Blind، وهم الذين يستطيعون قراءة بعض الحروف المكتوبة بخط كبير واضح على أنه يمكن تقسيم كل فئة بدورها إلى فئتين حسب السن الذى حدثت بها الإصابة بالعمى، وبالتالى يكون هناك مكفوفون كلية بالولادة، ومكفوفون كلية أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة، أى مع بداية النمو الإدراكى، وتكوين المفاهيم، ونفس الشىء لفئة المكفوفين جزئيًا، وبعض الباحثين يصنف الإعاقة طبقًا لحدة الإبصار، وطبقًا لمقياس سنلن (لوحة العلامات)، وبعضهم يصنف الإعاقة طبقًا للسن التى حدثت بها الإصابة، أو الزمن الذى حدثت فيه الإصابة، فالذى فقد بصره بعد اكتساب المفاهيم واختزان الكثير من الصور والتأثيرات البصرية للبيئة التى يعيش فيها كالأحجام والأشكال والألوان والعلاقات المكانية (فوق، تحت، بين، قريب، بعيد) على عكس الشخص الذى فقد بصره بعد

---

(١) مجال الرؤية : هو الفراغ الذى يمكن للعين رصد أى تغير يحدث فيه أثناء تركيز العين على نقطة ثابتة أمامها، وحدود مجال الإبصار أربعة، هى : الحد الأعلى، ويصنع مع محور الإبصار زاوية ٧٠°، والحد الأسفل، ويصنع زاوية قدرها ٥٠°، والحد الداخلى، ويصنع مع محور الإبصار زاوية قدرها ٦٠°، والحد الخارجى، ويصنع زاوية قدرها ١١٠°.

أكتساب المفاهيم، وبالتالى تكون صورته عن البيئة معدومة، ويجد صعوبة فى عملية التعلم على عكس الطفل الذى اكتسب المفاهيم قبل إصابته فيكون لها مردود إيجابى فى عملية التعلم، وهنا نجد بعض الباحثين يحدد سن الخامسة كسن تقريبية، فمن فقد بصره قبل سن الخامسة يختلف عن الذى فقد بصره بعد سن الخامسة.

ويمكن تصنيف الإعاقة البصرية كالآتى :

١ – فقد بصرى تام ولادى .

٢ – فقد بصرى تام مكتسب قبل سن الخامسة .

٣ – فقد بصرى تام مكتسب بعد سن الخامسة .

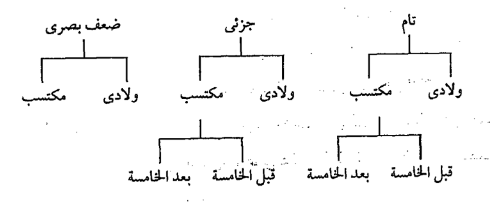
٤ – فقد بصرى جزئى ولادى .

٥ – فقد بصرى جزئى مكتسب قبل سن الخامسة .

٦ – فقد بصرى جزئى مكتسب بعد سن الخامسة .

٧ – ضعف بصرى ولادى .

٨ – ضعف بصرى مكتسب .



ومما لا شك فيه أن حدوث الإعاقة ودرجة الإصابة لها تأثير على الفرد المعوق بصريًا، فالطفل الذى يصاب قبل سن الخامسة يتساوى مع الطفل الذى يكاد يتساوى مع من ولد فاقد البصر؛ نظرًا لنزوع الصور والمعلومات البصرية التى

اكتسبها إلى التلاشى التدريجى من مخيلته وذاكرته بمرور الأيام، ومن ثم يعتمد بشكل كلى إلى حد كبير على تجاريه وخبراته التى يكتسبها عن طريق الحواس الأخرى فى تفهم العالم المحيط به، وفى الوقت نفسه تتفاوت استعدادات المعوقين بصريًا تبعًا لدرجة الفقدان البصرى كلية أم جزئيًا، حيث لا يستوى الأعمى الذى لا يرى كلية وبين من لديه بقية من إبصار يمكنه الاعتماد على نفسه إلى حد ما، ويشارك مشاركة إيجابية في الكثير من المواقف والنشاطات الاجتماعية والتعليمية والمهنية، وفي مقدرته على التوجه والحركة والتنقل، ومدى قيامه بواجبات الحياة اليومية داخل المنزل أو خارجه، وقد أشار بعض الباحثين إلى تصنيف الإعاقة البصرية وفقًا لمقياس سنلسن لقياس حدة الإبصار وفقًا للآتى:

١- المكفوفون كليا: وهم الذين يستطيعون إدراك الضوء، وتقل حدة إبصارهم عن ٢٠/٢٠٠، بيد أنه لا يمكنهم رؤية أى مثير بصري يوضع أو حتى يتحرك على بعد ثلاثة أقوام من أعينهم.

٢- مكفوفون يستطيعون إدراك الحركة: وتصل حدة إبصارهم إلى ٥/٢٠، ويمكنهم عد أصابعهم من مسافة ثلاثة أقدام من أعينهم.

٣- مكفوفون يستطيعون القراءة: وتصل حدة إبصارهم إلى ١٠/٢٠٠، ويمكنهم قراءة العناوين الكبيرة للصحف، ولديهم بعض بقايا الإبصار التي تمكنهم من التنقل من مكان لآخر بمفردهم.

٤- مكفوفون يستطيعون القراءة: وتصل حدة إبصارهم إلى أقل من ٢٠/٢٠٠، ويمكنهم قراءة الحروف المكتوبة بخط واضح (بنط ١٤)، كما يمكنهم قراءة عناوين الصحف.

٥- مكفوفون يستطيعون القراءة: وتصل حدة إبصارهم إلى ٢٠/٢٠٠، ويمكنهم قراءة الخط الواضح (بنط ١٠)، إلا أن حدة إبصارهم لا تكفي لممارسة مهام الحياة اليومية بصورة عادية (زينب شقير، ١٩٩٩).

شخصية الكفيف:

إن فقد البصر حالة طبيعية قد تحدث لأى فرد في أي سن. فإذا حدث هذا العجز في السنين الأولى من حياة الطفل فإنه سيطبع شخصيته بطابع خاص أما إذا حدثت الإصابة في سن متأخرة فإن الفرد سيعيد النظر في اتجاهاته وفي أنماط علاقاته الاجتماعية التي كونها قبل أن يصاب بهذا العجز الخلقي، وهكذا نجد أن الإصابة بفقد البصر سوف تؤثر إلى حد كبير على تنظيم الشخصية، فالشخصية - كما هو معروف لدينا - هي بمثابة التنظيم النفسي للفرد ومعادلة بخبرات حياته ومتأثرة بالعوامل الوراثية والبيئية.

ومن الخطأ أن نرجع الصعوبات التي يواجهها الكفيف في حياته سواء من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية كلها إلى العجز الخلقي وحده. فهذه الصعوبات لا تأتي نتيجة لفقد البصر بقدر ما هي نتيجة للعلاقات الاجتماعية التي تنشأ بين الكفيف وبين الكفيف، وهي أيضًا نتيجة لاتجاهات المجتمع نحو المكفوفين. فالكفيف على حد قول (هيلين كيلر) - لا يقاسي من فقد بصره بقدر ما يقاسي من اتجاهات المجتمع نحوه.

إن مشكلة تكيف الكفيف - كمشكلة اجتماعية - تدخل فيها عوامل كثيرة؛ فالأسباب المؤدية إلى عدم التكيف تأتي من جانب المبصرين كما تأتي من جانب المكفوفين مما يجعل من الصعب أن يقبل كل منهما الآخر وأن يتفاهم معه. وما لم يحاول كل من المكفوفين والمجتمع أن يغير من اتجاهه نحو الآخر فإنه من المتعذر أن يتيسر للمكفوفين سبل التكيف السليم وذلك للأسباب الآتية:

١- لأن المجتمع لم يكون اتجاهاته الانفعالية نحو العجز الخلقي ذاته وإنما نحو أنماط السلوك التي يتخذها المكفوفون.

٢- من المشكوك فيه أن درجة النمو الانفعالي والتكيف الاجتماعي للمكفوفين سوف تساعد على تغيير اتجاهات المجتمع نحوهم، إن أمكن حدوث هذا التغيير.

وتنقسم اتجاهات المجتمع نحو المكفوفين إلى ثلاثة اقسام رئيسية هي:

١- الاتجاه نحو عزل المكفوفين وعدم قبولهم.

٢- الاتجاهات نحوهم كطائفة عاجزة لا تستطيع القيام بعمل ما.

٣- الاتجاه نحو مساعدتهم والإسراف في الشفقة عليهم.

ويجب علينا أن نساعد الكفيف على أن يفهم حقيقة عجزه أولاً وبجانب هذا ينبغي أن نيسر له حياة اجتماعية سليمة وعلاقات اجتماعية مشبعة. ولن يتأتى ذلك إلا إذا حققنا لهم الفرص الاقتصادية وإمكانيات الحياة حتى يشعروا بالأمن والطمأنينة، مع تدريبهم على تحمل المسئولية والعمل في الوظائف التي تلائمهم، بحيث لا نسألهم عما فقدوه وإنما عما تبقى لديهم.

الخصائص الشخصية للمعوقين بصريًا

للإعاقة البصرية تأثيرات متباينة على مظاهر النمو المختلفة، وتعتمد طبيعة هذه التأثيرات على عوامل عديدة، أهمها: العمر عند حدوث الإعاقة البصرية وشكلها، ونوع الإعاقات الأخرى المصاحبة لهذه الإعاقة، وأيضًا الفرص المتاحة للفرد للتعلم والنمو، ويتصف المعوقون بصريًا بخصائص معينة تميزهم عن المبصرين خاصة فيما يتعلق بالخبرات التى يحصلها عن العالم الذى يعيش فيه، فيكون دون مستوى المبصر، فهو بحكم هذا القصور لا يدرك من الأشياء التى تحيط به إلا الإحساسات التى تأتيه عن طريق الحواس التى يملكها، وتعد معرفتنا بقدرات هذا الطفل وخصائصه عاملاً مهمًا فى اتخاذ التدابير وإعداد البرامج التربوية الملائمة لقدرات وخصائص هذا الطفل فى مختلف النواحى.

الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

مما لا يدع مجالاً للشك أن الإعاقة البصرية تؤثر على تطورات العلاقات بين المعوقين بصريًا والعاديين داخل المجتمع، خاصة فيما يتعلق بالتفاعل الاجتماعي وأنشطة الحياة اليومية، والمعوق بصريًا يشعر بأنه أقل حظًا من المبصر، وأنه يعيش فى عالم ضيق محدود، وبالتالي تتسم حركته بكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات، أو يقع على الأرض نتيجة تعثره بشىء أمامه، ومثل هذا الموقف يؤثر تأثيرًا كبيرًا على علاقات المعوق بصريًا مع الأفراد المحيطين به، ولكن بعض المكفوفين يتقبل المساعدة ويتعود عليها، بل ويتوسع فى الاستفادة منها والاعتماد عليها وطلبها، حتى يصبح شخصية اعتمادية، وهذا يتوقف على الاتجاهات الوالدية نحو المعوقين بصريًا، وهذا يؤثر عليهم وعلى اتجاهاتهم نحو أنفسهم ومفهومهم لذاتهم، واتجاهاتهم نحو الآخرين، تلعب الاتجاهات الوالدية دورًا مهمًا نحو الطفل الكفيف، ودورًا في تقبله للإعاقة أو رفضها، ومن ثم في تكيفه النفسي والاجتماعي، فهناك تصرفات من الآباء نحو الطفل الكفيف، منها: القبول، الرفض، التدليل، الحماية الزائدة، إنكار وجود الإعاقة بصفة عامة، وهذا كله يترك أثرًا عميقًا في نفسه، وفي تكوين فكرته عن ذاته وقدراته وإمكانياته، ويظهر هذا الأثر في سلوك التكيف بصورة أو بأخرى على النحو التالي:

- السلوك التعويضي العادي أو المتطرف.
- إنكار الإعاقة.
- اللجوء إلى بعض الحيل الدفاعية كالتبرير والإسقاط والانطواء، ولكن عندما تفشل هذه الميكانيزمات في أداء وظيفتها، عندئذ يكون الباب مفتوحًا للاضطرابات الانفعالية.
- الذى يعاني من التوتر العصبي وعدم استقرار انفعالاته وأكثر عرضة للإحباط

في المواقف التي يتعرض لها وينعكس ذلك على كل علاقاته وخاصة الأفراد الذين يمثلون أهمية في حياته مثل الأهل والأقارب والأصدقاء.

- الميول العدوانية الصريحة التي تبدو سواء في السلوك العدواني الظاهر أو اللفظي لدى الكفيف.

وهذا السلوك يؤدي إلى صعوبة في التفاعل الاجتماعي بين الكفيف والطفل العادي، ولكن هناك فروق فردية بين المعوقين بصريًا، وبعضهم البعض يشير إلى عدم وجود فروق سيكولوجية بين المكفوفين العاديين، وتؤثر الإعاقة البصرية فى السلوك الاجتماعي للفرد تأثيرًا سلبيًا، حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي، وذلك نظرًا لعجز المعوقين بصريًا أو محدودية قدراتهم على الحركة، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية، وتعبيرات الوجه كالبشاشة والعبوس والرضا والعقاب وغيرها مما يعرف بلغة الجسم Body Language، ويمتد تأثير هذه الإعاقة إلى تدني مستويات الخبرات التي يحصل عليها مقارنة بالطفل المبصر، الذي يتاح له التفاعل مع الآخرين ومحاكاتهم واكتساب الخبرات الحياتية التي تسهل له عملية التواصل مع أقرانه، هذا ما يفتقده الطفل المعوق بصريًا مما يجعله في حاجة إلي الرعاية والمساعدة، ولكن في بعض الأحيان قد يتخذ موقفًا مغايرًا من المساعدة التى تقدم إليه، فهو إما أن يقبلها أو يرفضها، وكلا الموقفين يؤديان إلى عدم التكيف مع البيئة التى يعيش فيها، ويؤكد بعض الباحثين أن سوء التوافق النفسي الذي قد يحدث لدى الإنسان المعوق بصريًا غالبًا ما ينجم عن طريقة معاملة المجتمع له، وبهذا الجدل ما بين مؤيد ومعارض، ولكن هناك تأكيد بأن فقدان البصر يرتبط بمخاطر نفسية عديدة كالسلوك العصبي والخضوع والانطواء والانبساط والتوافق

الاجتماعي، إلى غير ذلك، وتتعرض شخصية الكفيف لأنواع متعددة من الصراعات، فهو في صراع بين الدافع إلى التفاعل مع الأفراد الآخرين، واللهو والترويح والاستمتاع بمباهج الحياة والدافع إلى العزلة والانطواء طلبًا للأمان، والدافع إلى الرعاية ودافع الاستقلال، فهو بين كر وفر، ولكن مهما نال من استقلال فإنه يظل إلى درجة محدودة لا يتعداها لأن استقلاله غير كامل لافتقاره إلي بعض أساليب التواصل مع الحياة أو مع المحيطين به، وهو في خوف دائم من أن يفقد حب الأشخاص الذي يعتمد أمنه على وجودهم، ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لا يمكن تفاديها، فهو دائم الشعور بأنه يختلف عن الآخرين، وهذا الشعور يغرس فيه بذور القلق التي تحول دون محاولاته لإقامة علاقات سوية مع الآخرين، ولهذا تعاني شخصية المعوق بصريًا من الحزن والأسى، ونحن نرى أن المعوق بصريًا قد تكون لديه القدرة على إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين خاصة في مجال العمل والزواج، وتكوين أسرة، ولدينا نماذج كثيرة من المكفوفين الذين ضربوا المثل الأعلي فى إقامة أسرة سعيدة، ولديهم القدرة على رعاية أبنائهم أسوة بالمبصرين، ومنهم الكثيرون من علماء الأزهر الشريف، بل إن بعض المكفوفين تبوأ منصبًا رفيعًا في الحكومة المصرية، بل وكان وزيرًا للمعارف العمومية (التربية والتعليم) (د. طه حسين)، ولكن هذا الأمر يتوقف على مدي أداء المعوق بصريًا وكفاءته، ومدى فاعلية برامج التأهيل التي تؤدي إلى تنمية مهاراته خاصة فيما يتعلق بتدريب الحواس السليمة الباقية، والتنقل واستعمال المعينات بطريقة إيجابية، التدريب على الأنشطة الحياتية اليومية، وأيضًا تنمية المواهب الفنية والموسيقية، ومدى استفادته من البرامج المفيدة في تدريس المعوقين بصريًا، ويذكر بعض الباحثين بعض السمات النفسية والاجتماعية المشتركة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بشكل عام، ومنها:

١- الإحساس بفقدان الأمان.

٢- الضعف في تحقيق حاجات الطفل الأساسية وخاصة بقبوله من قبل الآخرين.

٣- الشعور بعدم إشباع حاجات النمو النفسية والاجتماعية.

٤- الشعور بالتهديدات المحيطة بمنظومة قيم الطفل ومكانته التي يرغب باحتلالها في المجتمع، وبغض النظر عن نوع وطبيعة الإعاقة، فما ينتج عنها يكون:

- اضطراب في النمو الاجتماعي للطفل، أو ضعف مهارات الطفل في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الأقران.
- اضطراب في النمو المعرفي لدى الطفل.
- اضطراب في النمو الانفعالي الذي يظهر بانخفاض في عتبة المناعة النفسية وما يليها.
- عدم كفاية دوافع النشاط عند الطفل، أو اضطراب العلاقة بين الدافع والهدف.
- ضعف نمو الاستقلالية عند الطفل (العويل، ١٩٩٦).

- الخصائص الحركية والجسمية:

مراحل النمو الجسمية للمعوق بصريًا لا تختلف عن الفرد العادي من حيث الحجم أو المظهر الجسمي، أما من الناحية الحركية فإننا نرى أنه لا يوجد اختلاف في النمو الحركي للطفل المعوق بصريًا خاصة في مراحل النمو الأولي كالجلوس والحبو والتدحرج من وضعية البطن إلى الاستلقاء، هذا وينبغي تشجيع الطفل المعوق بصريًا على التحرك بحرية أثناء المراحل المبكرة من نموه، حتى يبدأ في تنمية وتطوير كفاءات بدنه بطريقة دقيقة، ومعرفة جوانب قصوره مع الاستمرار في عملية التنمية خلال مراحل عمره وما يواكبها من نضج، ولكن عندما يتقدم

الطفل المعوق بصريًا في مراحل النمو التي تستدعي استقلاله في المشي والحركة والاعتماد على النفس، أن المهارات الحركية تكون متأخرة لديه لعدم قدرته على الثبات والتوازن ودقة الحركة، أما مهارات التآزر العضلي والقوة الجسمية فلا تتأثر سلبًا أو إيجابًا بالإعاقة البصرية، والأشخاص المعوقون بصريًا يتسمون بالمظاهر الجسمية النمطية (لزمات العمى) كهز الجسم، والضغط على العين بأصابع اليد، شد الشعر، وتحريك اليد بطريقة غير هادفة، والدوران نفسية، والحملقة في مصدر الضوء، ويرى بعض الباحثين أن الأساس في نمو هذه اللزمات يعود إلى الشعور بالقلق والإحباط الذي يعاني منه المعوقون بصريًا، وأن جوانب القصور والضعف التي تعرض عليهم من شأنها أن تزيد من هذه اللزمات، وأن تطيل أمدها، كذلك فإن الاحتمالات المتزايدة لمواجهة الأخطار التي يتعرض لها الطفل المعوق بصريًا تسهم في زيادة التوتر النفسي، ومن ثم تؤدي إلى تثبيت هذه اللازمات السلوكية، وقد يكون سبب التأخر في النمو الحركي لدى الأطفال المعوقين بصريًا عدم القدرة على تحديد مصادر الأصوات، وعدم استثارة الأشياء الدافعية هؤلاء الأطفال، فالفرد الكفيف يواجه صعوبات فائقة في ممارسة أنشطة الحياة اليومية، وتنقلاته من مكان إلى آخر، وذلك نتيجة فقدان حاسة الإبصار، مما يدفعه إلى بذل المزيد من الجهد، ويعرضه للإجهاد العصبي والتوتر النفسي، والشعور بانعدام الأمن، والارتباك عندما يواجه أية مواقف جديدة، وخاصة مع تزايد ما تفرضه التغييرات العلمية والتكنولوجية السريعة من تعقيدات في الوسط البيئي خارج المنزل كإشارات المرور وازدحام الشوارع بالسيارات خاصة في المدن، مما يحد من حركته، ونود أن نشير إلى أن الحركة التي ينتقل بها الطفل المبصر من مكان إلى آخر تختلف في أهدافها عن الحركة التي ينتقل بها الطفل الأعمى، ذلك أن هدف الطفل المبصر الاستكشاف والتعرف والاستزادة من الخبرات، أما هدف الطفل الكفيف فيعجز عن مثل هذا لأنه لو حتى جازف بالحركة بقصد الاستكشاف فإن

ما يحصله من خبرات أقل بكثير مما يحصله الطفل المبصر بنفس المجهود، وعلى هذا فالحركة ليست مجرد انتقال من مكان إلى مكان بقدر ما تتضمنه من تكفير وربط علاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التي يتحرك فيها الطفل، فعلى الأسرة تشجيع الطفل المعوق بصريًا إذا ما أراد التنقل من مكان إلى آخر بأن تزوده بالخبرات اللازمة في هذا المجال، وتنمية مهارات التعرف والتنقل بشكل مستقل، والاستعانة بالحواس الأخرى وتوظيفها في حركة الطفل المعوق بصريًا، فبواسطة حاسة الشم يستطيع تمييز الروائح من حوله، وبحاسة اللمس يتحسس الأرض بقدميه أثناء سيره ليعرف مواطئ قدميه، وقد يستخدم عصا تساعده فى انتقاله ليتحسس بها أمامه، وبواسطة حاسة السمع يستطيع تمييز الأصوات، ويستخدم التقدير الزمنى لقياس المسافات، ومعنى هذا أن الطفل الكفيف يبذل طاقة وجهدًا كبيرين أثناء انتقاله تفوق بكثير ما يبذله الطفل المبصر، مما يؤدى إلى أن يكون أكثر تعرضًا للإجهاد العينى، والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل التى ربما تسبب له التوتر، وربما تؤثر على صحته النفسية.

- الخصائص العقلية:

هناك تباين فى الآراء حول الخصائص العقلية للمعوقين بصريًا، ونعنى بالخصائص العقلية الذكاء، فهناك من يرى أن ذكاء الأعمى لا يقل عن ذكاء المبصر إن لم يتفوق عليه، باعتبار أن القدرات العقلية سليمة لم تمس، أما الرأى الآخر فيرى أن المقارنة بين ذكاء الأعمى والمبصر يجب أن تكون على اختبارات الذكاء، وقد كشفت نتائج ذلك أن الفرق بين الفئتين فى الذكاء العام غير دال إحصائيًا، ويمكن إهماله، وأن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى منها لدى العميان، ونسبة المتخلفين فى الذكاء أعلى عند العميان منها عند المبصرين، أى بالنسبة للقدرة اللفظية، فمعظم الدراسات ترى أن نقص الإبصار لا يقلل من القدرة على فهم

واستخدام اللغة، وأن المعوقين بصريًا لا يختلفون عن المبصرين في اختبارات الذكاء اللفظية، ولكن توجد فروق في اختبارات الذكاء التي تعتمد على رؤية الأشكال والتعامل معها، الأمر الذي دفع كثيرًا من الباحثين إلى تعديل اختبارات الذكاء التي تتناسب مع العميان، كالتعديل الذي أدخله صموئيل هايس S. Hays على مقياس ستانفورد بينيه، والقسم اللفظي من اختبار وكسلر- بلفيو، وكذلك مقياس بلات (Blat) الذي طوره نيولاند (Newland, 1964)، وأيًا كان الأمر فإن الإعاقة البصرية لا بد وأن تترك آثارها على الناحية العقلية للطفل المعوق بصريًا؛ لأن الحاسة البصرية من أهم الحواس لدى الإنسان، وأن أكثر المثيرات تأثيرًا في نشاط المخ هي المثيرات البصرية، بنحو ٨٠٪، وربما أكثر من المدخلات والانطباعات الحسية التي تستخدمها للحصول على معلومات من البيئة هي مدخلات وانطباعات بصرية، فهي تمد الفرد الإنساني بكمية كبيرة وغير محدودة من المعلومات عن البيئة، فالحاسة البصرية هي الحاسة المهيمنة عند الإنسان؛ لأنها مرتبطة بالتفكير، أو ما يسمى بالتفكير البصري، أي محاولة فهم العالم من خلال لغة الشكل والصورة، وهذا ما يفتقده المعوق بصريًا، وبالتالي تكون معرفته بالبيئة ناقصة، والمعلومات التي لديه عن مظاهر البيئة الفيزيقية تكاد تكون قليلة أو معدومة خاصة إذا كانت الإعاقة ولادية، ولذلك نجد أن الطفل الأعمى يجد صعوبة في عملية التصور والتخيل البصري؛ لأنها مهارات تعتمد على سلامة حاسة الإبصار، وبذلك فلا يمكن للأعمى ممارسة النشاط التخيلي باستخدام عناصر بصرية، ذلك أن عملية التخيل البصري تنطوي على عمليتين فرعيتين، هما: استرجاع صور حاسية بصرية سبق إدراكها واختزانها في الذاكرة، ثم إعادة إنتاج هذه الصور باستخدام صيغ أو تكوينات أو أنساق جديدة (عملية بنائية)، وحيث إن الذاكرة البصرية لدي الأعمى غالبًا ما تكون خالية من هذه الصور والمدركات، فإنه لا يمكنه استرجاعها وإعادة تركيبها، أو المزج بينهما في تكوينات ومركبات جديدة

مثلما يفعل الشخص المبصر (القريطي، ١٩٩٦)، ومن هنا فنحن نميل إلى الرأى القائل بأن الإعاقة البصرية لها تأثير على الخصائص العقلية للطفل المعوق بصريًا، وإن كنا نقر بعبقرية بعض العميان إلا أنها حالات فردية، وكان للبيئة دور كبير خاصة العوامل الثقافية والاجتماعية، ومدى اهتمام ورعاية الأسرة للطفل المعوق بصريًا، إذن الذكاء لا يتحدد بالعوامل الوراثية فقط، بل لا بد من الأخذ في الاعتبار العوامل البيئية وما فيها من مثيرات بصرية، وأن الخبرات التراكمية التي يكتسبها الطفل خلال مراحل النمو المختلفة لها دور كبير في النمو العقلي لدى الطفل الذي يعتمد على حاسة الإبصار على عكس الطفل الذي فقد حاسة الإبصار، ومما لا شك فيه أن الطفل المعوق بصريًا لديه قدرة على التعليم مثله مثل الطفل العادي، ولكن عملية التحصيل الدراسي لا تقتصر على درجة وطبيعة واستعداد المعوق بصريًا والنجاح في الموضوعات الدراسية فقط، بل يتعداها إلى كل ما هو مرتبط بالعمل الدراسي، مثل درجة المشاركة في الأنشطة الصيفية واللاصيفية، وطبيعة التفاعل مع الزملاء والمدرسين في داخل الفصل الدراسي، وهو ما يجد فيه المعوق بصريًا صعوبة، ومما يؤيد ذلك صعوبة التعبير الكتابي لدى المعوق بصريًا عند أداء الامتحانات الأمر الذي يعقد الموقف، أي أن التحصيل الجزئي أو الكلي للوظيفة البصرية لا بد أن يحدث خللاً ما في استقبال المعلومات خاصة المعلومات المكتوبة بالطريقة العادية، إلا أنه قد يتقارب أداء المعوق بصريًا من أداء الفرد العادي من الناحية التحصيلية، إذا ما توافرت المواد أو الوسائل التي تساعد الكفيف على استقبال المعلومات والتعبير عنها، فهو يحتاج إلى التعديل في أساليب التدريس، وفي المعينات التعليمية المستخدمة، كما أنه يستخدم وسائل أخرى في القراءة والكتابة، وهي طريقة برايل، وهناك عوامل كثيرة تؤثر على التحصيل الدراسي لدى الطفل المعوق بصريًا منها، درجة الذكاء وزمن حدوث الإصابة، ودرجة الإعاقة وطبيعة الاتجاهات الاجتماعية خاصة الوالدية، وهذه

العوامل أيضًا تؤثر على مفهوم المعوق بصريًا عن ذاته، ودرجة تقبله لإعاقته، وتؤثر على طبيعة وخصائص درجة نجاح المعوق بصريًا أكاديميًا.

الخصائص التعليمية للأطفال المعاقين بصريًا:

تتحدد تأثيرات الإعاقة البصرية على القدرات التعليمية في ضوء عدة عوامل من أهمها العمر عند حدوث الضعف البصري، شدة الضعف البصري، والخبرات والفرص المتاحة للنمو. ولعل أكبر التأثيرات المحتملة للإعاقة البصرية على التعلم هي حرمان الطفل من فرص التعلم العرضي الذي يتوفر للأطفال المبصرين فالأطفال المعوقين بصريا يعتمدون على الحواس الأخرى (السمع، اللمس، الشم) لتطوير المفاهيم وكما هو معروف فإن على ذلك فقد أكد لونيفلد أن الإعاقة البصرية تفرض قيودا من:

أ- طبيعة خبرات الطفل ومدى هذه الخبرات.

ب- قدرة الطفل على التنقل في البيئة.

جـ- قدرة الطفل على السيطرة على البيئة والسيطرة على الذات.

وهذه القيود تحد من قدرة الطفل على تهيئة فرص الملاحظة والخبرة النفسية وتترك أثرا كبيرا على إمكانية معرفة وإدراك العلاقات القائمة على الشكل والحجم والوضع في الفراغ.

فهي تمنع استخدام التعبيرات الوجهية المناسبة والإيماءات الجسمية الملائمة ولكن ذلك كله يمكن تعويضه من خلال الخبرات غير اللفظية والمباشرة فاللغة وسيلة مهمة من وسائل الحصول على المعلومات ولكن اللغة تشتق من الخبرات المباشرة ولذلك فإن من الأهمية توفر الخبرات الحسية المباشرة للأطفال المعوقة بصريا.

وفيما يتعلق بالدراسات المحدودة نسبيا التي سعت إلى معرفة الفروق في التحصيل الأكاديمى بين الأطفال المعوقين بصريا والأطفال المبصرين فهي تشير عموما إلى أن تحصيل الأطفال بصريا أقل من تحصيل الأطفال المبصرين من نفس العمر العقلي. ولكن التحصيل الأكاديمي لهذه الفئة من الأطفال أقل تأثيرًا بالإعاقة من تحصيل الأطفال المعوقين سمعيا.

وفي هذا المجال سوف نشير إلى أهم الخصائص الأكاديمية للمعوق بصريًا:

١- بطء معدل سرعة القراءة سواء بطريقة برايل أو بالطريقة العادية.

٢- أخطاء في القراءة الجهرية.

٣- انخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي.

٤- قصور في تحديد معالم الأشياء البعيدة، وقصور في تحديد معالم الأشياء الدقيقة الصغيرة.

٥- الإكثار من التساؤلات والاستفسار للتأكد مما يسمع أو يرى (ماجدة السيد عبيد، ٢٠٠٠).

الخصائص اللغوية:

إن الإعاقة البصرية لا تؤثر تأثيرًا مباشرًا على اكتساب اللغة لدى الفرد المعوق بصريًا، فهو يسمع اللغة المنطوقة مثل الطفل العادي، فكلاهما يعتمد على حاسة السمع والتقليد والمحاكاة للأصوات التي يسمعها إلا أن المعوق بصريًا يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المرتبطة بمعاني الكلمات والمصاحبة له، ثم القصور في استخدامها، والعجز عن اكتساب معاني بعض الألفاظ اللغوية؛ لعدم استطاعة الكفيف الربط بين كل من أصوات بعض الكلمات والمدركات الحسية الدالة عليها (كالأجسام الكبيرة والأوزان الثقيلة، وغيرها)، بينما يختلف عن الطفل

العادي في اللغة المكتوبة التي يعتمد في كتابتها على طريقة برايل مستخدمًا حاسة اللمس على عكس الطفل العادي الذي يعتمد في كتابة اللغة بالرموز الهجائية المعروفة، مما يترتب عليه البطء في نمو اللغة، والكلام لدى المعوقين بصريًا، ونشوء بعض الصعوبات في تكوين واكتساب المفاهيم Concept Formation، وفي المقدرة على التجريد Abstraction، كما يؤدي القصور الإدراكي لدى الأعمي إلي ظهور ما يسمى بالنزعة اللفظية Verbalism (أى غلبة اللفظ على المعنى)، أو مبالغة العميان في الاعتماد على مفاهيم لغوية وكلمات ذات مدلولات بصرية لا يستخدمها سوى المبصرين في وصف الأشياء والخبرات كأن يصفوا الدم بكونه أحمر بدلاً من وصفه بأنه سائل لزج، ويرتبط بظاهرة اللفظية أو غلبة الألفاظ على المعني ظاهرة فرعية مرتبطة بها، وهي ما يسمى عدم الواقعية اللفظية Verbal Unreality وأحيانًا ما تتجلى ظاهرة اللفظية عند الكفيف أن يتحدث عن موضوعات أو أشياء بكلمات أو ألفاظ دون فهم المعنى الخاص بهذه الكلمات جيدًا، وعلى هذا فإن المعوق بصريًا يواجه بمشكلات في تكوين المفاهيم ذات الأساس الحسي البصري، مثل مفهوم المساحة، أو المسافة، أو الألوان، إلا أنه يمكن تدريب الكفيف على نمو مفاهيم الجسم ووظائفها، ويصعب عليه اكتساب المفاهيم الأساسية المتصلة بالإحساس بالبدن: قمة، تحت، يسار، يمين، أمام، وراء، جانب، كما أن هناك صعوبة في اكتساب مفاهيم المهارات الأساسية: التوازن، الإحساس بالحركة في العضلات والأوتار العضلية، وما يصاحبها من تآزر حركي، وقد أشارت كثير من الدراسات أن الأطفال المعوقين بصريًا لديهم الذخيرة اللفظية ذاتها الموجودة لدى المبصرين، إلا أن معاني دلالات الكلمات بالنسبة للمعوقين بصريًا ليست ثرية أو مفصلة، كما هو الحال بالنسبة للمبصرين، وليس وأخيرًا بعد ما إذا كان لهذه الفروق أية مضامين بالنسبة للقدرة على التفكير (الخطيب، الحديدي، ١٩٩٧).

عيوب الإبصار التي تؤثر على الرؤية

١- قصر النظر: Myopia

ويظهر عند تحدب القرنية أكثر من اللازم، أو يكون حجم كرة العين أكبر من اللازم، أو إذا كانت العين أطول من الطبيعي، وبالتالي كان الضوء يتجمع أمام الشبكية بدلاً من التجمع على سطحها مباشرة، مما ينتج عنه عدم وضوح الرؤية عند النظر إلى الأجسام البعيدة، وعلاج هذه الحالة يتم باستخدام النظارات ذات العدسة المقعرة Concave Lens، فهي تعمل على تصحيح الخطأ باستقبال الصورة على سطح الشبكية وليس أمامها.

٢- طول النظر: Hyperopic

ويظهر عند تحدب القرنية أقل من الطبيعي، أو يكون حجم كرة العين أقل من العادي، أو إذا كانت العين أقصر من الطبيعي، وبالتالي فإن الضوء يتجمع خلف الشبكية، مما يؤدي لعدم وضوح الرؤية عند النظر للأجسام القريبة، وعلاج هذه الحالة يتم باستخدام النظارات المحدبة Convex Lens، فهى تعمل على تصحيح هذا العيب باستقبال الصورة على سطح الشبكية وليس خلفها.

٣- الاستجماتيزم (اللابؤرية): Astigmatism

يحدث عندما يكون سطح القرنية محدبًا بشكل غير منتظم، مثل ظهر الملعقة بدلاً من أن يكون محدبًا بانتظام كزجاجة الساعة، وذلك يعنى تجمع الضوء في عدة نقاط على الشبكية بدلاً من تجمعها في بؤرة واحدة لاختلاف الاسطح الانكسارية بالعين، ومن ثم لا تتكون صورة واضحة للجسم على الشبكية، وإنما يغلب عليها الاضطراب (الزغللة)، ولعلاج هذه الحالة تستخدم النظارات الطبية ذات العدسة الاسطوانية؛ لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد على تعديل مسار الأشعة الساقطة من العدسة، وتجميعها على الشبكية.

٤- عمى الألوان: Color Blindness

هو عيب من العيوب البصرية الوراثية، يكون الشخص فيها غير قادر على التمييز بين لونين أو أكثر، مما يستطيع الأفراد العاديين التمييز بينهما بسهولة، هناك نوع من العمى اللوني التام وإن كان نادرًا، وأكثر أنواع العمى اللوني شيوعًا هو العمى اللوني الثنائى .Dichromcy C.B، أما المصاب بالعمى اللوني الثلاثي .Dichromate C.B فإنه يستخدم ثلاثة ألوان عندما يصف الألوان، والغالبية العظمى من مدركي اللونين يخلطون بين الأحمر والخضر، والخلط بين الأزرق والأصفر نادر، والعمى اللوني سمة وراثية ترتبط بالنوع Gender، وهي أكثر شيوعًا بين الرجال عنها بين الإناث (جابر عبدالحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٨٩).

٥- الحول: Strabismus

يحدث الحول نتيجة عدم التنسيق أو التآزر بين عضلات العين، ومن ثم لا تستطيع العينان العمل والتركيز معًا على شكل مرئى واحد في الوقت ذاته، وأشكال الحول كثيرة، منها: المفرد Anelaternal وهي تعني انحراف إحدى العينين، وتثبيت الأخرى، أو المتقارب حين تتحول العين المنحرفة إلى الخارج، أو ما يطلق عليه He-tertropia، ويتمثل في الانحراف الشديد في العينين عن وصفهما الطبيعي، بحيث تستحيل عليهما الرؤية الموحدة للشكل المرئى معًا، حيث تفقدان المقدرة على مزج الصورة على الشبكية، فتريان الشكل الواحد مزدوجًا، ولعلاج هذه الحالة يستلزم تدريب الطفل علي استخدام كلتا العينين معًا فى آن واحد، فالتباطؤ في علاج هذه الحالة يؤدي إلى فقد الرؤية في العين المصابة بالحول، ومن ثم يجب البدء في علاج الحول وتصحيحه بمجرد ملاحظته، وقبل دخول الطفل المدرسة (القريطي، ١٩٩٦).

٦- الجلوكاما: Glaucoma

هي عبارة عن حالة من ازدياد الإفراز في الرطوبة المائية في العين، مع عدم

أو ضعف تصريفها، وينتج عنه ارتفاع الضغط العادي على كرة العين، وقد تتطور هذه الحالة بفعل تزايد الضغط إلى عدم وصول الدم إلى العصب البصري، وانفصال الشبكية، وحدوث العمى، ويمكن أن تكون هذه الحالة ولادية أو بعد ولادية، كما قد تحدث بصورة تدريجية أو مفاجئة.

٧- رأرأة العين: Mustangs

حالة تحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون، وهذا ينجم عنه غثيان ودوخة، وقد تكون حالة الرأرأة مؤشرًا على وجود خلل في الدماغ، أو مشكلة في الأذن الداخلية.

٨- أجنوزيا بصرية: Visual Agnnosia

وهي تعني العجز عن التعرف على المثيرات البصرية كالأشياء، ونلاحظ هذه الحالة عند من لديهم إصابات مخية، فهي تقوم بتعطيل الذاكرة المعتمدة على الرؤية، وفيها يرى الفرد الشيء ولا يستجيب له استجابات تدل على معرفة كنه هذا الشيء، فإذا رأى هذا المريض قلمًا فإنه لا يستطيع أن يسميه أو يعرف وظيفته علي الرغم من أنه يراه، ولكنه لا يستطيع إذا تحسسه أن ينطق باسمه، وأن يحدد وظيفته، لأن المنطقة اللمسية مع المنطقة الوصلية المحيطة بها سليمة ولم تمس (جابر عبدالحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٦).

٩- اضطرابات القرنية: Corneal Disorders

قد تتعرض القرنية لإصابات مختلفة، فقد تحدث التهابات في القرنية، وهذه قد تكون سطحية أو عميقة، ومن أهم هذه الأعراض التي تظهر عند الإصابة بالالتهابات السطحية:

- الإحساس بوجود أجسام غريبة في العين.

- احتقان الملتحمة والتحسس من الضوء.

وتعالج هذه الالتهابات تبعًا لمسبباتها، ولكن غالبًا ما تستخدم القطرات والمراهم لمعالجتها، أما الالتهابات القرنية العميقة، فهي تظهر بشلك مفاجئ، ويحدث فيها اختلاف في سمك القرنية، وتتمثل الخطورة الأساسية لاضطرابات القرنية في حدوث كثافة بيضاء تحجب الرؤية، وتؤدي في بعض الحالات إلى فقد البصر، وإذا حدثت هذه المضاعفات فالعلاج يكون جراحيًا بزراعة القرنية (عبدالرحيم إبراهيم، ٢٠٠٣).

١٠- عتامة العين: Cataract

العدسة الطبيعية الموجودة في العين تكون شفافة منفذة للضوء لوصول الصورة إلى الشبكية، ومع تقدم العمر بالإنسان يحدث إعتام تدريجي لهذه العدسة، وتصبح غير قادرة على إدخال الضوء ليصل إلى الشبكية، عندما تصبح الرؤية غير واضحة، وقد يحدث إعتام للعدسة في العينين معًا، وقد تسبق إحدى العينين الأخرى، ويبدأ حدوث إعتام العدسة الطبيعي الناتج عن التقدم بالسن عادة بعد سن الخمسين تقريبًا، وقد يحدث إعتام سريع، أو في أعمار أصغر نتيجة عوامل أخرى، وهو ما يسميه العامة بالماء الأبيض.

الفصل الثاني

علاج الاعاقه البصرية والبرامج التأهيلية والتربوية للمعوقين بصريًا

علاج الإعاقة البصرية

ليس الهدف من العلاج هو تماثل الطفل المعوق بصريًا للشفاء التام من إصابته، ولكن الهدف هو المحافظة على ما تبقى له من بقايا في قدرته البصرية بالنسبة لضعاف البصر، أو المصابين بإصابة جزئية، والعلاج هنا يكون باستخدام أساليب العلاج الطبي المعهودة من العلاج بالعقاقير الطبية، العلاج باستخدام الوسائل البصرية، أو العلاج الجراحي، أو العلاج بالليزر، وهكذا، أما بالنسبة للمكفوفين أو العميان، فالعلاج هنا هو العلاج التربوي بتقديم البرامج التربوية المناسبة التي تتناسب مع طبيعة هذه الإعاقة، ومحاولة دمجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه حتى يستعيدوا ثقتهم بأنفسهم، ويتحقق التوافق الشخصي والاجتماعي مع البيئة التي يعيشون فيها.

أولاً: العلاج الطبي:

الهدف من العلاج الطبي هو الكشف عن مدى الإصابة التي تتعرض لها العين، واختيار الأساليب المناسبة لعلاج هذه الحالة؛ لأن ما يصلح لحالة لا يصلح لحالة أخرى.

ومن أهم طرق العلاج الطبي ما يلي:

أولاً: علاج عيوب الإبصار:

مثل: (قصر النظر، وطول النظر، والجلوكاما، والتليف خلف العدسة، والتراكوما، والهريس، والعمى النهري، والاستجماتيزم، وعمى الألوان، والحول، ورأرأة العين)، حيث يتوقف نجاح العلاج الطبي على الاكتشاف المبكر لهذه العيوب، وفي سن مبكرة، ويكون بإحدى الطرق والأساليب الآتية:

أ- العلاج الدوائى:

استخدام الأدوية المناسبة لكل حالة باستخدام المضادات الحيوية أو أى عقار طبي مناسب لحالة وسن الطفل المصاب بالمواد المطهرة أو المراهم، ويكون ذلك تحت إشراف طبب متخصص في أمراض العيون.

ب- العلاج بالوسائل البصرية:

ويتم العلاج في مثل هذه الحالات باستخدام النظارات ذات العدسة المحدبة لعلاج طول النظر، والعدسة المقعرة لعلاج قصر النظر، واستخدام العدسة الاسطوانية لعلاج الاستجماتيزم، وتستخدم أيضًا النظارات الطبية لعلاج حالات الحول التي غالبًا ما تكون بسبب طول النظر للطفل، وقد تتطلب مثل هذه الحالة تدريب الطفل علي استخدام كلتا العينين معًا في آن واحد.

جـ- العلاج الجراحي:

ويتم العلاج الجراحي بعد أن يستنفذ الطبيب المعالج وسائل العلاج الدوائى، وأيضًا العلاج بالوسائل البصرية، فإنه يلجأ إلى الجراحة خاصة في علاج عتمات القرنية، وذلك بترقيع القرنية.

د- العلاج بالليزر:

وهو من وسائل العلاج الحديثة لعلاج أمراض العيون، وهو العلاج الذي يتطلب تكاليف مادية عالية، وهذا العلاج يعتبر بديلاً عن العمليات الجراحية، ويجب أن يتم مثل هذا النوع من العلاج في مستشفيات لديها إمكانيات عالية، وبها أجهزة ذات تقنيات حديثة تتناسب مع طبيعة العلاج ولكن فى الآونة الأخيرة زاد الإقبال بنسبة كبيرة على علاج عيوب الإبصار وتصحيح النظر بالليزر كوسيلة فعالة لتصحيح هذه العيوب، وكلمة الليزك تعنى تعديل شكل القرنية باستعمال

الليزر، فتستعمل أداة دقيقة تسمى الميكروكيراتوم لإزالة طبقة رقيقة من سطح القرنية عدا جزء صغير منها يبقيها متصلة بالعين ويتم إبعاده للخلف، ويستعمل بعد ذلك الإكزايمر ليزر لإزالة جزء من النسيج الداخلى للقرنية (يتم تقديره حسب نوع ودرجة عيب الإبصار)، ويتم بعد ذلك إعادة الطبقة السطحية للقرنية لتلتحم بدون الحاجة لأية غرز جراحية، ولكن عند اللجوء للعلاج بالليرز يجب استشارة الطبيب المعالج حتى يمكن تفادى الآثار السلبية الناتجة عن سوء الاستخدام، ويفضل من يقوم بإجراء هذه العمليات أستاذ متخصص، ولديه خبرة تمكنه من القيام بمثل هذه العلاجات الدقيقة التى لو أسيء استخدامها فربما يؤدى ذلك إلى مشكلات معقدة لا تحمد عقباها.

أهم الاعتبارات التي يجب مراعاتها في المحافظة على ابصار الطفل:

١ - عدم غسل الطفل بعد الولادة مباشرة ورأسه إلى أسفل لعدم دخول المياه فى عين الطفل .

٢ - ضرورة وضع قطرة تحتوى على مضاد حيوى فى عيون الطفل بعد الولادة مباشرة، ولعدة أيام.

٣ - إبعاد الطفل عن أماكن التلوث بالميكروبات والقاذورات والذباب حتى لا يصاب بالأرماد.

٤ - إبعاد الطفل عن مواطن الخطر، والأماكن التى من الممكن التعرض فيها للخطر، وإصابته بإصابة تؤدى إلى إعاقته البصرية.

٥ - زيادة الوعى الصحى، ومتابعة حالة الطفل، ومحاولة اكتشاف الحول مبكرًا حتى يمكن علاجه، ولكن تحت إشراف طبى.

٦ - الكشف الدورى على الأطفال فى المدارس، وخاصة فيما يتعلق باستخدام

النظارات الطبية، وتغير الكشف من آن لآخر بما يتناسب مع المرحلة العمرية للطفل.

٧ – جلوس الطفل فى الصفوف الأمامية خاصة ضعاف البصر.

ثانيًا: علاج الأسباب الوراثية:

أى علاج الأسباب الوراثية المؤدية للإعاقة البصرية، وهي كالتالى:

١- عدم زواج الأقارب.

٢- فحص الأم الحامل والكشف عن عامل (Rh)، وتصحيح دم الأم، خاصة إذا كانت تحمل صفة (Rh) السالبة، وتحويلها إلى صفة (Rh) الموجبة لتوائم دم الأب (+RH)، حتي لا تتلف خلايا دماغ الطفل وجهازه العصبي.

ثالثًا: علاج الأسباب البيئية:

١- علاج الأم من الأمراض المعدية قبل اللجوء لعملية الحمل.

٢- عدم التعرض للإشعاعات أثناء الحمل.

٣- عدم استخدام الأدوية أو العقاقير الطبية أثناء الحمل إلا باستشارة الطبيب المعالج.

٤- الاهتمام بتغذية الأم الحامل، وتناول كميات من الغذاء المناسب الغني بالفيتامينات، والذي يساعد على تكوين جنين صحي.

٥- مراعاة سن الأم عند الإنجاب.

٦- العفة وعدم الاتصال الجنسي الخاطئ، أو غير الشرعي، مما يعرض الأم للأمراض والأوبئة وفقدان المناعة.

٧- عدم اللجوء إلى القابلات أو الدايات في الولادة لعدم تعرض الأم للخطر، وخاصة لو كان وضع الجنين غير عادي، مما يفوق قدرة هؤلاء الدايات في التصرف في مثل هذه الأمور، مما يعرض الأم للخطر أو الموت أو إصابة الجنين بإصابة تؤدي إلى إعاقته.

٨- المحافظة على الطفل بعد ولادته، وعدم تعرضه للإصابات البدنية التي قد تؤدي إلى إعاقته.

٩- إعطاء الطفل بعد ولادته كمية مناسبة من الأكسجين لتنشيط الرئتين، وزيادة فعالية جسم الطفل.

البرامج التأهيلية والتربوية

البرنامج:

هو إطار مخطط ومحدد فى ضوء أسس علمية وفنية تتضمن عددًا من المعارف والمهارات والتدريبات تقدم لتبصير الفرد بمشكلاته وتدريبه على استخدام طاقته وتنمية قدراته فى حلها ليستطيع التعايش مع البيئة التى يعيش فيها وتحقق له الصحة النفسية أو التوافق النفسى وفى حالة الطفل المعوق بصريًا يتم عمل هذه البرامج وذلك لتوظيف ما تبقى له من قدرات حتى يستطيع التوافق مع مجتمعه

التأهيل:

يقصد به مساعدة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على إستغلال قدراتهم ومواهبهم فى القيام بالعمل الذى يلائم كل منهم حتى يستطيعوا إعالة أنفسهم وأسرهم وتعنى مراكز التأهيل بالأفراد ذوى الإحتياجات الخاصة وذلك بتوفير الخدمات المهنية التى تساعد على تأهيلهم كالتوجيه المهنى والتدريب والتشغيل مما يجعل المعوق قادر على الحصول على مهنة مناسبة وإستمراره فيها.

هى تلك العملية المنظمة والمستمرة والتى تهدف إلى إيصال الفرد المعوق إلى أعلى درجة ممكنة من النواحى الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والمهنية والاقتصادية التي يستطيع الوصول إليها حيث تتداخل هذه العملية.

إعادة التأهيل:

هو إعادة تأهيل أو تدريب الشخص الذى كان قد تعلم أو تدرب على مهنة ما بعد أن أصيب بمرض أو حادث وأصبح معوقًا وبالتالى لم يستطيع العودة إلى عمله أو مهنته السابقة بسبب إعاقته.

إستعادة الشخص المعوق قدراته للإستفادة من قدراته الجسمية والاجتماعية والمهنية بطريقة اقتصادية.

التأهيل الشامل:

هى عملية الهدف منها تنمية إمكانيات الفرد المعوق من خلال تقديم كافة الخدمات، كالخدمات الطبية لمن يعانون العجز البدنى، كما تشمل التأهيل المهنى والنفسى والاجتماعى بعدة جوانب مثل الخدمات المساعدة كالعلاج الطبيعى والتمريض وتقديم الوسائل التعويضية وتزويد المعوق بها وقياس قدراته على تحمل العمل للمهنة التى يختارها وتدريبه على الرعاية الذاتية والقدرة على التحرك فى المواصلات «خاصة المعوق بدنيًا أو بصريًا» وإرشادة نفسيًا وجعله يتقبل عجزه ويحقق ذاته ومساعدته على أن يتعايش مع المجتمع وتشجيع المجتمع للمعوق على تقبل المساعدة والتقيم والتدريب والتشغيل المهنى.

الفرق بين التأهيل وإعادة التأهيل:

ويجب علينا أن نفرق بين التأهيل وإعادة التأهيل، إذ أننا نعنى التأهيل عندما نشير إلى الخدمات المطلوبة لتطوير قدرات الفرد واستعداداته عندما لا تكون هذه القدرات قد ظهرت أصلا، هذا ينطبق على المعوقين صغار السن الذين تكون إعاقتهم خلقية أو حصلت فى مرحلة مبكرة من عمرهم. أمّا إعادة تأهيل فرد كان تدرب أو تعلم مهنة ما ومارس هذه المهنة مدة من الزمن، ثم حدث أن أصيب

بعاهة وأصبح معاقا، ولم يستطع العودة إلى عمله أو مهنته الأصلية بسبب إعاقته الجديدة وهكذا فإنه يتضح أن عملية تأهيل المعوقين بشكل عام لا تقتصر على التأهيل المهنى ومساعدة الفرد على التدريب على مهنة معينة، والاستقلال بها فحسب، وإنما هى عملية شاملة تأخذ بعين الاعتبار جوانب النمو المختلفة عند الإنسان، وتهدف إلى إعادة قدراته على التكيف فى مجالات الحياة المختلفة. إن عملية التأهيل تشمل استعادة الفرد لقدراته الجسمية والعقلية بالإضافة إلى جعله أكثر قبولا لذاته من جهة، وللمجتمع من جهة ثانية. أما التأهيل المهنى فهو ذلك الجزء من العملية المستمرة المنظمة التى تشمل تقديم الخدمات المهنية، كالإرشاد والتوجيه والتقييم والتدريب والتشغيل، وبالتالى تحقيق الكفاية الاقتصادية للمعوق عن طريق العمل. أما التأهيل الشامل فهو عملية متبعة لاستخدام الإجراءات الطبية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية مجتمعة فى مساعدة الشخص المعوق على استغلال وتحقيق أقصى مستوى ممكن من طاقاته وقدراته والاندماج فى المجتمع.

مبررات التأهيل:

١- يعتبر الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانع للحضارة وبذلك ينبغى أن يكون هدف مباشر لمجالات التنمية الشاملة من خلال جهودها المتنوعة.

٢- الشخص المعاق يعتبر فردا قادرًا على المشاركة فى جهود التنمية ومن حقه الاستمتاع بثمارها إذا ما اتيحت له الفرص والأساليب اللازمة لذلك.

٣- إن المعوقين مهما بلغت إعاقتهم واختلفت فئاتهم فإن لديهم قابلية وقدرات ودوافع للتعلم والنمو والاندماج فى الحياة العادية فى المجتمع لذلك لا بد من التركيز على تنمية ما لديهم من إمكانيات وقدرات فى مجالات التعلم والمشاركة.

٤- لجميع المعوقين الحق فى الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون تمييز

بسبب الجنس أو الأصل أو المركز الاجتماعى أو الانتماء السياسى.

٥- تعتبر عملية التأهيل حق للمعوقين فى مجال المساواة مع غيرهم من المواطنين ذلك لتوفير فرص العيش الكريم لهم.

٦- تعتبر التنمية الشاملة للتأهيل جزء منها وما تتطلبه هذه التنمية من تطوير فى الهياكل والبنية الاقتصادي والاجتماعية ركيزة أساسية فى القضاء على أسباب الإعاقة بمختلف صورها.

التأهيل الشامل لذوى الإعاقة البصرية:

أ- أسس ومبادئ عامة فى تأهيل المكفوفين: تتمثل فى:

أ- أسس لتأهيل واحدة مع جميع أنواع العاهات ولكنها تختلف فقط فى زيادة التركيز على بعضها بحسب نوع العاهة.

ب- إعادة التكيف للحياة هى محور تأهيل المعوقين بصريًا:

يشمل التأهيل للتكيف مما يلى:

١- قبول المعوق لعاهته.

٢- التكيف للبيئة فى مزاولة شؤون الحياة العادية.

٣- تكيف الأسرة والمتقبلين به حتى يتقبلونه على حالته.

جـ- خلق روح الاستقلال:

وذلك بمحاولة تدريب باقى القدرات البدنية والحواس لإحلالها محل البصر فى إدارة شئون الحياة العادية ما أمكن.

د- قبول العاهة:

يدخل فى ذلك توجيه الأسرة والبيئة والرأى العام والأخصائين القائمين

بالتأهيل لكى يتقبلوه كما هو.

و- تجنب إظهار مشاعرنا الخاصة نحو المعوق بصريًا:

أى محاولة إخفاء مشاعرنا الخاصة نحو المعاق بصريًا مثل العطف الزائد أو عدم التقدير والإزدراء منه، حتى لا يشعر بالنقص الذى قد يدفعه إلى تعويض النقص بوسائل شاذه من السلوك.

ز- شغل وقت الفراغ:

لعدم إغراق المعوق بصريًا فى احلام اليقظة أو التفكير فى عاهته مما يزيد من حالة القلق والخوف والشعور بالنقص ومن ثم إنطوائه وعزلته عن المجتمع.

ح- التدريب على الحركة:

يهدف هذا التدريب إلى التقليل ما أمكن من إعتماد المعوق بصريًا على غيره فى تنقلاته. مثل تدريبه على الإحساس بوجود حاجز أو حائط أمامه أثناء السير دون أن يراه أو يلمسه وتدريبه على استخدام العصا بطريقه فنية تقيه الاصطدام بالأشياء.

ي- مراعاة الحالة العصبية والنفسية التى يتسم بها المعاقون بصريًا:

يعانى المعوق بصريًا من الإحباط وعدم الأمن مما يجعله عصبى المزاج سريع الاستثارة شديد الحساسية فى تعامله مع الآخرين وبالتالى يجب على الأخصائى مراعاة ذلك وتدريبه على كيفية التعامل بجرأة مع الآخرين وثقته بالنفس بعيدًا عن الحساسية الزائدة خاصة عندما يخطئ بسبب فقده لبصره.

أهمية البرامج التربوية والنفسية المبكرة للأطفال المعاقين بصريًا:

يستطيع الطفل المعوق بصريًا تلقى الخدمات التربوية المختلفة من خلال الحضانة والروضة العادية، وإن تعذر ذلك فيجب أن تتوفر فى المجتمع ٣ أشكال من البرامج، وهى:

١- **برنامج الزيارات المنزلية:** يقدم المختص من خلال هذا البرنامج جميع التدريبات المتعلقة ببرامج الإثارة الحسية والحركية والمعرفية واللغوية والاجتماعية والانفعالية. كما يدرب المختص الأم على بعض المهام الأساسية لتنفيذها مع الطفل الكفيف.

٢- **برنامج التربية الخاصة المبكرة:** ينفذ هذا البرنامج من خلال مركز متخصص فى التربية الخاصة للأطفال المعوقين بصريًا ممن هم دون سن السابعة، وهنا يتلقى الطفل خدمات تخصصية بشكل يومى من قبل متخصصين فى التربية الخاصة، وهذا البرنامج يشبه برامج رياض الأطفال المنتشرة فى المجتمع ولكن مع مراعاة كف البصر.

٣- **برنامج التربية الخاصة القائم على مشاركة الوالدين:** وهو برنامج للتربية الخاصة المبكرة للأطفال المعوقين بصريًا، ويقوم على إلزام أحد الوالدين بالقدوم مع الطفل لملاحظة وتعلم الإجراءات التدريبية المتبعة مع الطفل لتنفيذها فى المنزل (المتابعة المنزلية).

وقد يتساءل الأهل عن إمكانية التحاق الطفل ببرامج التربية الخاصة، وروضة أو حضانة عادية فى نفس الوقت، والجواب هو نعم، وبالإمكان تنفيذ ذلك وهذا هو الوضع الأمثل مع الطفل مع مراعاة التنسيق وعدم الازدواجية. ولهذا يلاحظ أن برامج التربية الخاصة تتمتع بمرونة كبيرة، لأن هدفها النهائى هو **استقلالية الطفل فى بيئته الطبيعية**، ولكون الروضة أو الحضانة العادية تسعى لإتاحة فرص التعايش مع الآخرين بالشكل الطبيعى فيمكن **إبداء النصائح التالية**:

- يجب أن يتعرف الطفل وبمرافقته والدته إلى كل المرافق والطرق والساحات المحيطة بالحضانة والروضة.
- يجب أن تعرف المعلمات والمربيات طبيعة الإعاقة البصرية وعليهن أخذ

الفرص الكافية للتعرف على الطفل وطبيعة شخصيته.

- يجب أن يشعر الطفل بالحنان والدفء والاحترام والترحيب.
- يجب تزويد الطفل بالمثيرات السمعية واللمسية ليكتسب المعرفة.
- عدم إظهار الشفقة أو الانزعاج أو الرثاء لحال الأهل.
- يجب مساعدة الطفل لتفادى الاصطدام بالأشياء وتدريبه على كيفية التقاط الأشياء التى تقع منه على الأرض دون أن يؤذى نفسه.
- إن الأطفال المبصرين قد يستفسرون عن حالة الطفل، ويجب ألا يولد هذا حرجًا، وعلى المعلمة الإجابة عن كل الاستفسارات مع التأكيد على أن الطفل المعوق بصريًا يستطيع التعرف على الأشياء بيديه وسمعه عوضًا عن بصره.
- يجب مناداة الطفل باسمه، وتعويد الأطفال الآخرين على عمل ذلك إن أرادوا منه شيئًا.

التعامل مع الطفل المعاق بصريًا:

ماذا يصعب على الطفل تعلمه؟

- إذا كان لا يستطيع الرؤية بتاتًا فقد يصعب عليه أن يتعلم كيف يستخدم جسمه، لأنه لا يرى كيف يتصرف الناس، كيف يجلسون، كيف يستخدمون أصابعهم للمس الأشياء.
- ولا يرى كيف يتحرك الناس أو يحبو الأطفال أو كيف يمشى الشخص أو يجرى.
- ولا يرى كيف يلعب الأطفال الآخرون.
- أو كيف يعتنى الناس بأنفسهم، كيف يأكلون ويشربون ويستخدمون المرحاض دون مساعدة.

- وهو لا يستطيع أن يرى كيف يتواصل الناس بالكلام وتعبيرات وجوههم وحركة أجسامهم.
- كما لا يرى الأشياء الموجودة فى العالم المحيط به، والأشكال والألوان وحركة الأشياء.
- لذلك فهو لا يتعلم بالطريقة نفسها التى يتعلم بها الأطفال فى مثل سنه، ويحتاج لمساعدتك لفهم كل الأشياء التى يدركها الأطفال الآخرون بالرؤية.

كيف تساعد الطفل على التعلم؟

١- يستطيع معرفة بعض الأشياء بلمسها أو بالإصغاء إلى الأصوات التى تحدثها، كما يستطيع التعرف على أشياء أخرى بالشم والتذوق، فاجعل الطفل يتعرف على الأشياء بهذه الطرق المختلفة، ولا توقفه إلا إذا فعل شيئًا يمكن أن يؤذيه أو يؤذى الآخرين.

٢- شجع الطفل على تعلم أشياء جديدة، واجعله يدرك سرورك عندما يتعلم نشاطًا جديدًا أو يحسن عمل شىء ما، فبهذه الطريقة تشجع الطفل على الرغبة فى مزيد من التعلم، إذا أنه يدرك سرورك عن طريق كلماتك ونبرة صوتك أو عندما تضمه إليك، فشجع الطفل بإبداء الحب والاهتمام به.

أهم البرامج التربوية والتأهيلية للمعوقين بصريًا:

يقدم بعض الباحثين بعض البرامج لرعاية وتوجيه المعوق بصريًا والتى تهدف إلى تحقيق الأهداف الآتى:

١- برنامج بعض العمليات المعرفية (الانتباه - الادراك - التذكر):

يعنى هذا البرنامج بالأمور التالية:

- تنمية مهارة الانتباه والتركيز.

- تنمية مهارة الاسترجاع والتذكر.
- إكساب الطفل القدرة على فهم بعض العلاقات المرتبطة بالزمان والمكان.
- تنمية مهارة التصنيف والترتيب والتنظيم والعد.
- تنمية القدرة على التفكير وحل المشكلات.
- تنمية إدراك الطفل لبعض عناصر البيئة.
- تنمية إدراك الطفل للعلاقة بين الكلمة ومعناها.

ب- برنامج توظيف الحواس:

ويتضمن هذا البرنامج الاهتمام بالعوامل الآتية:

- تدريب حاسة السمع.
- تدريب حاسة الشم.
- تدريب حاسة اللمس.
- تدريب حاسة التذوق.

٣- برنامج الحس حركى:

ويعمل هذا البرنامج التأهيل على:

- مساعدة الطفل على التخلص من بعض اللزمات الحركية (سقوط الرأس - انحناء الظهر - ضعف عضلات الأرجل).
- تدريب بعض العضلات الكبيرة والصغيرة للطفل.
- تحسين بعض المهارات الحركية.

٤- برنامج تنمية المهارات الاجتماعية:

ويهدف إلى:

- التدريب على بعض مهارات خدمة الذات.
- اكتساب بعض القيم الاجتماعية.
- تشجيع الاتصال الاجتماعى للطفل مع الأطفال الآخرين.
- اكتساب بعض آداب المعاملة.
- اكتساب بعض آداب المائدة.

٥- برنامج التهئية النفسية:

ويسعى هذا البرنامج إلى:

- تشجيع الاستقلال الذاتى للطفل والاعتماد على النفس.
- تحسين ثقة الطفل بنفسه.
- تشجيع تحمل الطفل للمسئولية.
- تنمية سلوك الإيجابية والمبادرة عند الطفل.
- إكساب الطفل عادة المثابرة.
- تشجيع تعبير الطفل على السعادة والسرور أثناء المشاركة فى الأنشطة.
- مساعدة الطفل على التكيف مع الإحباطات والمخاوف اليومية.

٦- برنامج النطق والكلام:

ويهدف هذا إلى:

- تنمية قدرة الطفل على التعبير اللفظى.
- تنمية قدرة الطفل على التبادل اللفظى.

- تنمية قدرة الطفل على الاستمتاع والسرد لقصة أو أغنية بسيطة.
- تنمية قدرة الطفل على النطق السليم.
- تنمية قدرة الطفل على متابعة الحوار والمناقشة.

ويلاحظ أن هذه الأهداف الفرعية التى تضمنتها جوانب البرنامج اعتمدت على الترجمة السلوكية من خلال المواقف التى تحتوى على إجراءات عملية يقوم بها المرشد بالاشتراك مع أطفال الحضانة المتعاملين مع البرنامج، بحيث يتم التفاعل والتكامل لتحقيق البرنامج على وجه العموم.

٧- البرامج التأهيلية الطبية:

ويقصد به استعادة أقصى ما يمكن توفيره من قدرات بدنية، مثل حالات بتر الأطراف، التأهيل الطبى عن طريق إمداد المصاب بالأطراف الصناعية، بعد جراحة البتر، ثم تدريب عضلاته على تحمل الطرف الصناعى وتدريب توازنه العصبى العضلى، على كيفية استخدام الطرف فى شئون الحياة العادية، وكذلك مثل إمداد ضعيف السمع بجهاز تقوية السمع بتدريبه على استعماله، وكذلك إعداد ضعيف البصر بالعدسات الطبية.. إلى غير ذلك من علاجات طبيعية وجراحية فى سبيل إعادة الإنسان أقرب ما يكون إلى الصلاحية لممارسة حياته الاجتماعية والمهنية فى إطار خطة مرسومة لمستقبل المصاب.

جـ- أهم خطوات التأهيل للمعوقين بصريًا:

١- الفحص الطبى الشامل.

٢- بحث الحالة الشخصية والاجتماعية.

٣- التعرف على مهارات وخبرات المعاق بصريًا ومستواه الثقافى وقدراته الخاصة.

٤- التعرف على طرق المعاق بصريًا فى تحقيق التوافق والتكيف.

٥- توجيهه إلى المهنة المناسبة فى ضوء الخطوات السابقة.

٦- تعاونفريق العمل المتمثل فى المدرسين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والطبيب والأسرة والمدربين.

٧- التعرف على الحالة الأسرية والاجتماعية له، ليتسنى تحديد نوع الإقامة ووسيلة المواصلات المناسبة له.

٨- تحليل العمل، بهدف معرفة متطلبات المهنة من مهارات وقدرات، حتى يمكن وضع الكفيف فى العمل المناسب له.

٩- توجيه المعاق بصريًا للمهنة الصالحة المناسبة له.

١٠- مساعدته على التكيف النفسى والاجتماعى فى مهنته أو مجال عمله.

١١- متابعته المستمرة.

ثانيًا : العلاج التربوى :

المعوقون بصريًا لديهم الكثير من الخصائص التى تميزهم عن باقى الإعاقات كالخصائص العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية والحركية، ومعرفتنا بهذه الخصائص يساعدنا فى وضع البرامج التربوية والتعليمية المناسبة لهذا الطفل المعوق بصريًا، والتى تؤدى إلى تنمية مهاراته الحياتية، والتى تساعده لكى يحيا حياة آمنة ومستقرة إلى حد ما، وتوظيف ما تبقى له من قدرة بصرية، وأيضًا تأهيل المكفوفين وتوجيههم إلى مهن تتناسب مع طبيعة إعاقتهم، بما يؤدى بهم إلى مزاولة بعض الأعمال التى تعتمد على الرؤية أو المشاهدة حتى يتكيفوا مع البيئة التى يعيشون فيها، ويجب الأخذ فى الاعتبار عند وضع البرامج العلاجية والتربوية للمعوقين بصريًا مراعاة السن التى حدثت فيها الإصابة، وأيضًا درجة الفقد البصرى، فالمصابون بالكف البصرى ولاديًا أو قبل سن الخامسة، والذين

بإمكانهم الاحتفاظ ببعض مدركاتهم عن البيئة خلال فترة ما قبل العمى، وأيضًا يجب أن نراعى درجة الفقد البصرى، فالمبصرون جزئيًا يمكنهم إدراك بعض المثيرات البيئية، وتحديد ألوان وأشكال هذه المثيرات تبعًا لدرجة إبصارهم، ويجب توفير الأجهزة والأدوات والوسائل التعليمية اللازمة لتعليم المعوق بصريًا، ومنها كتب برايل، والآلات الكاتبة، والخرائط الخشبية البارزة، واللوحات، والمكعبات الحسابية، والكتب الناطقة.

الأعراض :

- عدم مشاركة الطفل فى الحوار والمناقشة بين المدرس والتلاميذ .
- ظهور علامات اللامبالاة والسرحان على وجه الطفل داخل الفصل .
- تشتت انتباه الطفل لحركة المدارس داخل الفصل، وإمالة رأس الطفل من آن لآخر فى اتجاه حركة المدرس داخل الفصل .
- قلة المحصول الدراسى مقارنة بزملائه المبصرين داخل الفصل .
- ترك بعض الجمل فى كتابة الإملاء لعدم المقدرة على مسايرة المدرس .
- عدم إدراك معانى بعض الكلمات التى لم يكن له خبرة بها من قبل .
- عدم إدراك معانى بعض المفاهيم المجردة .
- صعوبة الانتقال من مكان إلى آخر خاصة فى الأماكن غير المألوفة .
- المبالغة فى استخدام مفاهيم لغوية ذات مدلولات بصرية، لا يستخدمها سوى المبصرين فى وصف الأشياء .
- الخلط فى وصف الألوان .
- صعوبة وصف الأشياء ذات الأحجام الكبيرة .

أهم المشكلات التربوية والتعليمية التى تواجه المعوق بصريًا :

١ - البطء الملحوظ فى تعليم الكتابة والقراءة :

العلاج التربوى :

- زيادة فترة التدريب على استخدامه الكتابة بطريقة برايل الخاصة بتحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسى ملموس من النقاط البارزة، والتى تشكل بديلاً لتلك الحروف.
- استخدام النظارات المكبرة أو الكتب المطبوعة بحروف كبيرة؛ للمحافظة على ما تبقى لدى ضعاف البصر من قدرة بصرية .

٢ - صعوبة تعلم العمليات الحسابية :

العلاج التربوى.

- تدريب الطفل المعوق بصريًا على إجراء العمليات الحسابية بطريقة المعداد الحسابى Abacws التى تساعد الطفل الكفيف على إجراء عمليات الجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والجذز التربيعى والكسور .

٣ - عدم المقدرة على متابعة الإيماءات والإشارات أو تعبيرات الوجه والحركة المرتبطة بمعانى اللغة غير اللفظية :

- العلاج التربوى .

- الاهتمام بمهارة لغة الجسم Body Language كا لإيماءات أو تعبيرات الوجه، كالغضب، والحزن والسعادة، والسرور، أو الإشارات عن طريق تحريك اليدين أو العينين أو الشفتين، أو الأكتاف، أو هز الرأس، وهذه المهارة قد تفيد الأطفال ضعاف البصر، ولكنها ليست ذات جدوى بالنسبة للمكفوفين لاعتمادها على الرؤية والمشاهدة .

٤ - الصعوبة فى تكوين واكتساب المفاهيم الأساسية للحياة :

- العلاج التربوى.

- الاهتمام بما تبقى له من حواس، وتدريبه على اكتساب المفاهيم الأساسية التى تتعلق بحياته، وذلك عن طريق الاهتمام بحاسة السمع، والتعامل مع صدى الصوت.
- الاهتمام بحاسة الشم، وكيفية إدراك الاختلاف بين الروائح الطبيعية والصناعية.
- التدريب على إدراك الوقت والمسافة، وكيفية إدراك حرارة الشمس، ورطوبة الظل، وإدراك الفرق ما بين شروق وغروب الشمس.
- تدريب الكفيف على التعرف على أجزاء الجسم من الرأس والرقبة مرورًا بالأذرع والبطن والأرجل، وهكذا، ...
- تدريب الطفل على اكتساب المفاهيم اللفظية التى تتعلق باحتياجاته المعيشية والمجتمعية، أى الأشياء التى تيسر للطفل المعوق بصريًا الاستمرار فى الحياة دون التعرض لأزمات، ومن أبرز هذه المفاهيم تلك التى تتعلق بالمهارات الاجتماعية (استخدام أدوات المطبخ - كيفية تجهيز المأكولات والمشروبات - كيفية استخدام مرافق المنزل (الحمام) - مفاتيح الإضاءة - التليفون - الصعود والنزول من السلم - كيفية التعامل مع المصعد - كيفية ارتداء الملابس - كيفية تسريح الشعر - كيفية ربط الحذاء - كيفية ركوب المواصلات العامة - ... - وهكذا).
- تدريب الكفيف على اتجاهات الجسم (يمين، يسار)، (أمام، خلف)، (فوق تحت).
- تدريب الكفيف للتعرف على حركة الجسم.

٥ - الاهتمام بالنزعة اللفظية: (Verbalism)

أى مبالغة العميان فى الاعتماد على مفاهيم لغوية، وكلمات ذات مدلولات بصرية لا يستخدمها سوى المبصرين فى وصف الأشياء.

- العلاج التربوى.

- الاستعانة بأشكال حقيقية طبيعية أو مصنوعة داخل غرف الدراسة.
- القيام مع التلاميذ برحلات ميدانية قصيرة داخل المدرسة وخارجها.
- العمل على تحويل المفاهيم اللغوية إلى أفعال وخبرات حركية كلما كان ذلك ممكنًا.
- مراعاة ألا تكون تنمية المفاهيم الحاسية لدى الأطفال العميان على حساب تنمية المفاهيم غير الحاسية (القريطى ١٩٩٦).

٦ - عدم القدرة على الربط بين أصوات بعض الكلمات والأحداث البصرية المماثلة لها:

العلاج التربوى.

- الاهتمام بحاسة السمع، وتنمية مهارة الاستماع لدى الطفل المعوق بصريًا، وذلك بتوفير الكتب الناطقة، أو الأشرطة المسجلة، وذلك بالمتابعة المستمرة، وتعريفه لتكرار الاستماع لهذه الكتب عن طريق الأم أو أحد أفراد الأسرة بالمنزل، وزيادة فترة الاستماع كل يوم بالتدريج.

٧ - صعوبة فهم الألوان وتمييزها:

- العلاج التربوى.

- تدريب الطفل على استخدام أفكار وأساليب بديلة، وتقدم على ارتباطات شفهية أو انفعالية أو حاسية أخرى كارتباط اللون الأحمر بالنار الحمراء،

وما توحى به من سخونة وحرارة شديدة، وارتباط اللون الأزرق بالسماء الزرقاء الصافية، وما توحى به من طقس منتعش وراحة نفسية، وارتباط اللون الأخضر بالزرع، وما يوحى به من روائح الأزهار.

٨ - صعوبة التوجه والحركة:

- العلاج التربوى.

- تدريب الطفل المعوق بصريًا على استخدام باقى الحواس وتوظيفها لتمكين الطفل من التوجه والاعتماد على الجانب العقلى، ولتحديد نقطة ارتكازه، وعلاقته بجميع الأشياء الأخرى فى البيئة التى يعيش فيها.
- تدريب الطفل على التنقل فى البيئة المألوفة لديه حتى ينتقل بسهولة ويسر، ومحاولة البعد عن الأماكن التى تعرضه للسقوط أو الاصطدام أو الانزلاق كالحفر والحواجز والأسلاك الشائكة التى تعرضه للخطر، أو المنحدرات الشديدة أو السلم الإلكترونى، وتجنب التغيرات المفاجئة فى البيئة المألوفة لديه.
- تدريب الطفل على استخدام حواسه الأخرى لكى يوجه ذاته، كالاستعانة بحاسة الشم فى تمييز الروائح، واللمس فى الإحساس بالتيارات الهوائية التى تشير إلى الأماكن المفتوحة، والشعور بأشعة الشمس، واتجاه الشروق والغروب، والاهتمام بحاسة السمع فى توجيه الطفل الكفيف فى تقدير المسافات، والإحساس بالعوائق من خلال مصدر الصوت.
- تدريب المعوقين بصريًا على استخدام المعينات البصرية التى تناسب ظروفهم دون الوقوع فى الخطأ.
- العصا البيضاء، والتى تعمل بأشعة الليزر، والتى تنبه الكفيف بالعوائق التى تقابله أثناء حركة السير بإصدار صوت معين للتنبيه بوجود عائق.

- النظارة الصوتية، الأجهزة الصوتية التى توضع حول العنق.
- الدليل المبصر (إنسان).
- الكلاب المدربة: وبهذه المناسبة كان لى صديق أزهرى (كفيف)، وبحكم عمله فى الريف المصرى كان كل يوم يقطع مسافة ليست بالقليلة عند الذهاب إلى العمل والعودة، وكان له كلب وفى يخرج معه فى الصباح، والشيخ بيده حبل مربوط فى عنق الكلب، ويسير معه ملاصقًا لسيده حتى باب العمل، وبعد انتهاء العمل وبمجرد خروجه من باب العمل يذهب إليه الكلب تلقائيًا، ويحتك بصاحبه، ويهز ذيله، ثم يعود به إلى المنزل فى سلام وأمان.

الأساليب المستخدمة فى تعليم المعوقين بصريًا

تعتبر درجة الفقد البصرى من أهم العوامل التى تحدد الطرق والأساليب المناسبة فى تعليم المعوقين بصريًا، فالأطفال ذوو الإعاقة البصرية الشديدة، أو العميان يتعلمون وفقًا لمناهج التعليم العام، ولكن الاختلاف فى الطريقة والأساليب المستخدمة مع المكفوفين، أو ضعاف البصر (لأن القدرات العقلية لذوى الإعاقة البصرية لا تقل عن العاديين)، ومن يقوم بتنفيذ تلك الطرق، كما أن طريقة التدريس يتم اختيارها فى ضوء الأهداف الإجرائية للدرس، ومحتوى الدرس لما يحويه من أفكار ومعلومات، كما أنه من الضرورى إضافة مقررات مهنية، وأنشطة مختلفة بجانب المواد النظرية، حتى يكتسب المعوقون بصريًا الخبرات والمهارات التى تتفق مع ميولهم وحاجاتهم وخصائصهم من عمل التريكو والسجاد والموسيقى، وغيرها، مع الأخذ فى الاعتبار أن فقد حاسة الإبصار لا تمكنهم من الاستفادة من المواد العملية، وخاصة التى تعتمد على الرؤية والمشاهدة، وبالتالى يلجأون إلى استخدام ما لديهم من حواس أخرى كالسمع واللمس لتعويضهم عن هذا الجانب المفقود، أما ضعاف البصر فإنهم يعتمدون فى تعليمهم على ما تبقى لديهم من

قدرة بصرية، واستثمار هذه القدرة فى العملية التعليمية، مع الاستعانة بمعينات بصرية، أما عن الأماكن المخصصة لتعليم هذه الفئة من الإعاقة بالنسبة للعميان فإنهم غالبًا ما يتعلمون فى مدارس داخلية خاصة بهم مزودة بالتجهيزات والوسائل التعليمية التى لها مردود إيجابى على هؤلاء المعوقين، ومنها الآلة الكاتبة بطريقة برايل، وطريقة تيلر، والعدادات، والنماذج المجسمة، والكتب والخرائط البارزة، وكذلك الكتب الناطقة وشرائط الكاسيت، التربوية الخاصة، أو فى مدارس خاصة نهارية، أو داخل فصول مستقلة ملحقة بمدارس المبصرين، أو يقضون بعض الوقت مع أقرانهم المبصرين بالفصول العادية، وبعضه الآخر فى فصول خاصة داخل المدرسة العادية لمواجهة احتياجاتهم التعليمية، أما المعينات البصرية المستخدمة مع ضعاف البصر، فهى النظارات الطبية، والكتب الخاصة ذات الحروف الكبيرة الحجم، وقليلة التفاصيل، والمصورات واللوحات واضحة المعالم، وأيضًا الكتب الناطقة والتسجيلات الصوتية (عبد المطلب أمين القريطى ١٩٩٦).

أولاً : طريقة برايل:

وهذه الطريقة من أكثر الطرق شيوعًا وانتشارًا فى تعليم المكفوفين، وهذه الطريقة تنسب إلى لويس برايل الذى عاش فى الفترة من (١٨٠٩ - ١٨٥٢)، وقد أجريت هذه التعديلات عليها عام ١٩١٩م، حتى عرفت بطريقة برايل المعدلة، ويقصد بهذه الطريقة نوع من الكتابة البارزة التى يستطيع الكفيف بواسطتها أن يتعلم القراءة والكتابة، وهى ذات أهمية العميان الذين لم يتعلموا الأبجدية من قبل، وهذه الطريقة تقوم على الآتى :

- هى عبارة عن رموز مكونة من نقاط بارزة بدلاً من الحروف الهجائية عددًا وموصفًا حسب كل حرف، حيث تعطى كل نقطة من النقاط رقمًا معينًا يبدأ من ١ وينتهى بـ ٦، كما هو فى الشكل .

١ •	• ٤
٢ •	• ٥
٣ •	• ٦

- يقوم الطالب بالكتابة بطريقة برايل باستخدام آلة كاتبة، خاصة بكتابة برايل، تسمى آلة بيركنز (Perkiz Brailler)، أو باستخدام مسطرة خاصة ومخرزة، وهى ذات طبقتين، يمكن تحريكهما على لوح معدنى أو خشبى، بالإضافة إلى قلم معدنى أو مسمار، وهى وسيلة تقليدية للبدء فى تعلم الكتابة باليد، وفقًا لطريقة برايل.
- يحتاج البدء بتعلم الكفيف بطريقة برايل، مع بداية دخول المدرسة، وملاحظة أن الطالب يحتاج إلى عدة سنوات لإتقانها.
- عندما يتقن بعض الطلاب القراءة والكتابة بطريقة برايل، فإن سرعته فى أداء ذلك تبقى أقل بكثير من سرعة المبصرين فى القراءة والكتابة.
- يقدر بعض الباحثين أن الطالب الذى يتقن طريقة برايل، فإن سرعته فى أداء ذلك تبقى أقل بكثير من سرعة المبصرين فى القراءة والكتابة.
- يقدر بعض الباحثين أن الطالب الذى يتقن طريقة برايل قراءة وكتابة لا تتجاوز سرعته فى أحسن الحالات ١ / ٢ من سرعة الفرد المبصر، مع عدم قدرته على النظر إلى الكلمات (عبد الرحمن سليمان ٢٠٠١).
- أى أن الكفيف الذى أتقن القراءة والكتابة بطريقة برايل يستطيع أن يكتب فى الدقيقة ١ - ١٥ كلمة، ويقرأ بمعدل يتراوح بين ١٠٠-١٢٠، فى حين أن المبصر يستطيع كتابة من ٢٠-٣٠ كلمة فى الدقيقة، ويقرأ فيما يزيد عن ٥٠٠ كلمة/دقيقة (عبد المجيد عبد الرحيم ٢٠٠٠).
- الكتابة بطريقة برايل تتم من اتجاه اليمين إلى اليسار، بينما تتم القراءة من اليسار إلى اليمين، عندما تقلب الورقة المكتوبة، كما فى الشكل.

مثال للكتابة

•١	•٤
•٢	•٥
٣	•٦

مثال للقراءة

•٤	١•
•٥	٢•
•٦	٣•

- يشتمل تعليم الكتابة والقراة بطريقة برايل على عدة مراحل، منها المرحلة الأولى.
- بريل (١) فى المرحلة الأساسية من تعليم القراءة، وهى بدون اختصارات.
- تتم الاختصارات بشكل تدريجى فى المراحل التالية، ومعنى الاختصارات بقصد زيادة السرعة فى الكتابة والقراءة، وتوفير الأوراق فى الكتابة.
- الفقرات: تيسيرًا للاهتداء إلى أوائل الفقرات، يجب بدء كل فقرة فى الثقب الثالث من السطر.
- **الضوابط والهمزات:** لجميع الضوابط فى طريقة برايل علامات، ما عدا همزة الوصل فإنها تكتب ألفًا عادية (النقطة الأولى)، وكونها فى أول الكلمة يدل على أنها همزة وصل.
- استعمال حرف لا: لا يستعمل حرف لا (١-٢-٣-٦) إلا إذا كانت الألف فيها ألف لينة، كما فى كلمة (سلام)، أو (ملابس)، أما فى كلمة (الإنسان)، أو (الأثين) فنكتب اللام، ثم همزة القطع أو همزة الوصل.
- الحركات أو التشكيل: تكتب الحركة بعد الحرف الذى يحرك بها، أما الشدة فإنها تكتب قبل الحرف المراد تشديده.
- تجزئة الكلمة: حيث إن الكتابة بطريقة برايل تشغل حيزًا كبيرًا؛ فلذلك يجوز نجزئة الكلمة التى لا تتم فى آخر السطر، شريطة أن يتفق الجزء ومقطع الكلمة، فمثلاً كلمة (إنسان) تكون هكذا (إن - سان)، ولكنها لا تجزأ هكذا (إنس-ان).
- علامات التنقيط: الفاصلة، أو الفاصلة المنقوطة، أو النقطتان، أو الشرطة، أو علامات الوقف، والتعجب، فتكتب عقب الكلمة مباشرة، وتليها مسافة خالية.

- القوس الهلالى وقوس التنصيص: تكتب علامة الفتح مباشرة قبل الكلمة أو العبارة المحصورة بين قوسين، وعلامة القفل بعد الكلمة أو العبارة مباشرة.
- الحرف الأجنبى: توضع النقطة (٤) قبل الحرف الذى ينطق نطقًا مغايرًا لحروف اللغة العربية، كما فى كلمة فيكتوريا.
- علامات الحذف: يرمز عادة إلى الكلمة أو العبارة المحذوفة بوضع نقاط مختلفة العدد - برايل، فتستعمل العلامة (٣) - (٣) - (٣) تسبقها وتليها مسافة خالية.
- الاختصارات المألوفة: وهذه الاختصارات كما فى الكتابة العادية، مثل حرف (هـ)، كما فى كلمة هجرية، وكذلك حرف (م) ميلادية تستعمل أيضًا فى برايل، على أن يكون بينها وبين العدد ثقب.
- الكلمات المقصودة: قد يشار إلى عبارة أو كلمة بوجه خاص، فيوضع تحتها خط، أما فى برايل، فتوضع العلامة (٤-٦) قبل كل كلمة، وإذا زادت كلمات العبارة المقصودة على ثلاث، فتوضع العلامة مرتين قبل الكلمة الأولى، ومرة واحدة قبل الكلمة الأخيرة، وكذلك عند كتابة كلمة أو عبارة بحروف أجنبية، فتوضع قبل كل كلمة العلامة (٤-٥-٦)، أما إذا زادت كلمات العبارة على ثلاث فتسرى عليها القاعدة السابقة.
- علامة التفسير : قد توضع علامات للدلالة على أن بأسفل الصفحة تفسير لبعض الكلمات، مثل نجمة أو نجمتين، أو أكثر، وغير ذلك من العلامات.
- أما فى برايل فتوضع العلامة (٣-٥) - (٣-٥) بعد الكلمة، تسبقها وتليها مسافة خالية، وإذا تعددت فيكتب رقم مسلسل بعدها مباشرة، وفى آخر الموضوع يعمل خط على طول السطر، ثم توضع علامة التفسير مع رقمها، ثم التفسير.

- كتابة الأرقام: تكتب علامة العدد(٣-٥-٦) قبل كل عدد.
- إذا زادت الأرقام على ثلاثة، فتسهيلاً للقراءة توضع النقطة (٢) بعد كل ثلاثة منها ما عدا التاريخ، فالعدد الدال على السنة لا يجزأ، وكذلك الأعداد الطويلة فى حل المسائل.
- العلامات الحسابية تسبق علامات العدد.
- كتابة الكسر العشرى.
- كتابة علامة العدد.

العدد الصحيح - إن وجد - ويوضع الصفر بدلاً من العدد الصحيح فى حالة عدم وجوده.

العلامة العشرية (٤-٦)، ثم أرقام الكسر، أو علامة الكسر الدائر، ثم أرقامه.

ثانيًا : طريقة تيلر :

تستخدم لوحة فى تعليم العمليات الحسابية باستخدام رموز خاصة، وهى عبارة عن لوحة معدنية بها ثقوب على شكل نجمة لها ثمانية أضلاع فى صفوف وأعمدة، أما الرموز والأرقام، فهى عبارة عن منشورات رباعية من المعدن.

ثالثًا : العداد الحسابى :

هو عبارة عن لوحة مستطيلة الشكل مكونة من ١٢ عمودًا، فى كل عمود خمس خرزات تتحرك من أعلى إلى أسفل، كما يقسم أفقيًا إلى جزأين، جزء علوى فيه خرزة واحدة، وجزء سفلى فيه أربع خرزات فى كل عمود، كما توجد فى أسفل كل جزء نقاط بارزة تعمل كفواصل فى قراءة الأرقام الحسابية (فاروق صادق ١٩٨٨).

الطرق المستخدمة لتعليم ضعاف البصر:

- الكتب:

الكتب المعدة للأطفال ضعاف البصر يراعى أن تكون ذات حروف كبيرة الحجم (بنط ٢٤)، وأن يكون حبر الطباعة أسود داكنًا غير لامع، وتكون الحروف والكلمات واضحة للقارئ، مما يستلزم أن تكون درجة التباين بين الكتابة والورقة شديدة.

- الخرائط:

يجب أن تكون الخرائط غير عادية، أى أن تكون الحروف كبيرة وواضحة، وغير مزدحمة بالمعلومات، وأن يكون التباين فى الألواح واضحًا، ويساعد على تحقيق الرؤية، ولا يؤدى إلى تدهور أو فقدان القدرة البصرية الباقية.

- الصور:

يجب أن تكون الصور المعروضة على الطفل ضعيف البصر غير مزدحمة بالتفاصيل، وعدم عرض صور كثيرة فى آن واحد، تتفق الصور وفق المناهج الدراسية ومن خلال بيئة الطفل، ويجب أن تكون الأشغال اليدوية لا تؤدى إلى إجهاد العين، ولا تحتاج إلى دقة فى العمل والملاحظة، وأن تكون محببة للتلاميذ، ولها صلة وثيقة بالمنهج الدراسى.

مشكلات الطفل المعوق بصريًا

المشكلات التى تواجه الطفل الكفيف

يواجه الطفل الكفيف نفس المشكلات التي يواجهها الطفل العادي بالإضافة إلى المشكلات الخاصة بكف البصر في مرحلة الطفولة يمكن اعتباره أمر شديد الوطأة فالطفل الكفيف يواجه منذ نعومة الأظافر مجموعة من العادات

والاتجاهات الاجتماعية التي يشوبها القسوة في المعاملة أو الضيق أو الندم في مواجهة الإعاقة مما يودي إلى معاناة هذا الطفل وشعوره بالاغتراب كما أن الخبرات المعرفية التي يحتاجها هذا الطفل والتي لا يستطيع أن يحصل عليها بسبب فقدان البصر العامل الذي يجعل الأسر تعهد إلى بعض المؤسسات المتخصصة ليقيم فيها طوال وقته بأقسامها الداخلية.

وما يحدث للمعوق من تغييرات في شخصيته وأساليب توافقه وما قد يشعر به من قصور نفسي ونقص إنما مرجعه بشكل رئيسي إلى البيئة التي عاش فيها والأساليب المتبعة في تربيته وإلى الطريقة التي ينظر بها الآخرون إليه.

أولاً: المشكلات العامة:

مما لا شك فيه أن الطفل المعوق بصريًا خاصة الأعمى أقل حظًا من الطفل المبصر؛ لعدم إدراكه للمثيرات البيئية البصرية من حوله، والتي تيسر له اكتساب المعارف والخبرات في الحياة، وفي سهولة التعامل مع البيئة التي يعيش فيها، فهو عاجز عن الرؤية والمشاهدة، وكل ما يدور من حوله؛ لذا فهو يعتمد على الحواس الأخرى كالسمع، واللمس، والشم، والتذوق، وإن كانت هذه الحواس لا تقوم بعملية التعويض عن حاسة البصر كما ينبغي أن يكون؛ لأن الاعتماد على هذه الحواس الباقية يحتاج إلى تدريب هذه الحواس، وهذا يتطلب جهدًا واهتمامًا بالغين من القائمين على رعاية الطفل الكفيف، وليس كل طفل كفيف تتوفر له الرعاية والاهتمام بالقدر نفسه ما يتوفر لطفل آخر، وإنما رعاية هؤلاء الأطفال نسبية، وتختلف من بيئة إلى أخرى، وتدخل فيها عدة عوامل كالثقافية والاجتماعية والاقتصادية، ناهيك عن ذلك، فالطفل المعوق بصريًا خاصة الكفيف تظهر مشكلاته التربوية، أو التعليمية، خاصة إذا كانت ولادية، مما يستوجب إلحاق هؤلاء الأطفال بفصول خاصة (مدارس النور)، وتواجه الكفيف في مثل هذه الحالات عدم

توافر تلك المدارس، خاصة في الأماكن النائية أو الريف، أو لبعدها عن محل إقامة الطفل، وعدم توفر فرص الإقامة، وأيضًا صعوبة انتقال الطفل من مكان إلى آخر عبر المواصلات العامة لصعوبة حركته، وعدم مقدرته على تحمل مشقات السفر إلى المدارس البعيدة التي في بعض الأحيان لا يقدر عليها المبصر.

ثانيًا: المشكلات الاجتماعية:

من أكبر المشكلات الاجتماعية التي تواجه الطفل الكفيف، هي عدم التكيف مع البيئة المنزلية، وشعوره بالدونية بين أفراد أسرته، خاصة إذا كانت العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة تتميز بالفتور وعدم الترابط، فإن هذا سيؤدي بالطفل المعوق بصريًا أو الكفيف إلى العزلة والانطواء، وقد يمتد أثر هذه العزلة لإصابته بالأمراض النفسية والخوف من المجهول والإحساس بالضعف والظلم، على عكس الأسرة السوية ذات العلاقات الأسرية المحمودة التي تتقبل الإعاقة، والتي تقدر دور كل فرد من الأسرة، وأن تعمل بروح الفريق، وأن تقدم للطفل الكفيف يد العون، وأن تعمل على تنمية مهاراته الاجتماعية داخل المنزل وخارجه، وأيضًا إخراجه من عزلته أو خوفه من المستقبل، ومساعدته في تنمية العلاقات الاجتماعية داخل المنزل وخارجه، وفي الوقت نفسه عدم الانسياق العاطفي عند التعامل معه بسبب إعاقته؛ لأن هذا الأمر يولد لديه الاعتمادية، وعدم تحمل المسئولية، وبالتالي يكون غير قادر على حل أية مشكلة يتعرض لها في الحياة ومن أهم المشكلات الاجتماعية للمكفوفين هى:

المشكلات الأسرية التى تواجه المعاقين بصريًا:

إن اتجاهات الأسرة نحو أطفالهم المعاقين بصريًا تلعب الدور الكبير فى تقبله للعمى أورفضه له، ومن ثم فى تكيفه النفسى والاجتماعى فهناك تصرفات مختلفة من الآباء نحو الطفل المعاق بصريًا منها: القبول، الرفض، التدليل والحماية

المبالغة، إنكار وجود الإعاقة أو العمى بصفة عامة، فالنبذ قد يشعر به الأب كرد فعل لما قد يرى فيه انتقامًا إلهيًا لذنوب ارتكبها. لذلك فهو لا يريد ولا يتقبل من يذكره بخطيئته وسوء حظه. إن الطفل المعاق بصريًا يحتاج إلى رعاية أكثر ويحتاج إلى إشباع دوافع هامة وعاجلة، ولكن الأب قد يقابل ذلك بالحرمان وعدم التقبل. وبعض الآباء قد يستجيب بمشاعر القلق وعدم القدرة على التصرف فى مواجهة مشكلة الابن المعاق بصريًا، فالمشاكل تبدأ فى الظهور عندما يكون الوالدان غير مستعدين لتقبل الإعاقة البصرية كحقيقة واقعة والتى ربما تكون مصدر إزعاج فى حياة الأسرة إذ يؤثر عليها كصدمة تخلف وراءها مشاعر وأحاسيس سلبية تكون بمثابة قاعدة اجتماعية تشكل إراديًا أو لا إراديًا سلوك الأم تجاه طفلها الرضيع وهذا يؤدى بدوره إلى عصبية الأم والتى يحتمل أن تنتقل بالتالى إلى طفلها الرضيع فيصبح هو أيضًا عصبيًا.

وقد يقبل الأشقاء أو يرفضون الشخص المعاق بصريًا اعتمادًا على اتجاهات آبائهم، وقد يرفضون بالتأكيد الانغماس المتزايد لآبائهم مع الطفل المعاق بصريًا، فالأشقاء الذين يعلمون بأن لديهم أخًا معاق بصريًا، عادة ما يكونون مثقلين بعدة أنواع من الهموم. وهناك بعض الأسئلة المتداولة بينهم مثل: لماذا يحدث هذا؟ وماذا سأقول لأصدقائى عنه؟ وهل سأقوم بالعناية به طوال حياتى؟ ومن الطبيعى أن نتائج هذا السلوك من جانب الأسرة له انعكاساته على التكوين العقلى والنفسى والاجتماعى لشخصية الطفل المعاق بصريًا، ولأمد طويل، من أهم النتائج المترتبة على ذلك:

١- فقدان الشعور بالأمن والطمأنينة.

٢- ممارسة أنماط من السلوك غير الاجتماعى.

٣- الميل إلى الانعزالية والعدوانية.

٤- الوضع غير العادى للطفل المعاق بصريًا فى الأسرة.

٥- سوء الخلق والحقد والكراهية والشعور بالقلق.

٦- النقص فى الخبرة، مما يؤدى إلى إعاقة النمو الطبيعى والاجتماعى والنفسى.

أما كيفية تعامل الوالدين مع الطفل المعاق بصريًا، فيتلخص فى:

١- تقبل الإعاقة، وبالتالى تقبل الطفل المعاق بصريًا والتسليم بالأمر الواقع.

٢- معاونة الطفل المعاق بصريًا معاونة عادية مثل غيره من إخوانه الأطفال، وعدم التأثر بالإعاقة البصرية فى تغيير نمط هذه المعاملة الطبيعية.

٣- الإلمام بفكرة صحيحة عن ماهية الإعاقة البصرية وشئون المعاقين بصريًا وعالمهم.

٤- الإلمام بأسس واتجاهات الرعاية التربوية والنفسية والاجتماعية للطفل المعاق بصريًا ويحسن أن يكون لدى الأسرة دليل تربوى بمثابة موجه لهم فى تربية أطفالهم.

٥- إتباع الطرق والسلوك المناسب لتدريب الحواس الباقية.

٦- تجنب الظروف والملابسات التى تؤدى إلى تكوين الإحساس بالانحطاط أو الشعور بالذنب.

٧- مراعاة أن لا تؤدى ردود أفعالهم على تصرفاته إلى جرح مشاعره وإحساساته.

٨- عدم القيام بالخدمة المستمرة للطفل المعاق بصريًا مما يؤدى على إضعاف إرادته وعدم استقلال ذاته.

٩- محاولة تبادل خبرات التعاون فيما بين الآباء الذين أصيب أطفالهم بإعاقة بصرية لإيجاد الحلول المناسبة للمشكلات التى تقابلهم مع أطفالهم المعاقين بصريًا.

ثالثًا: المشكلات الاقتصادية:

المعوق بصريًا إنسان، وكل إنسان له احتياجات في هذه الحياة (مأكل وملبس ومسكن)، وكل هذه الأمور ضرورية لاستمرار الحياة، ولكي يتم سد هذه

الاحتياجات لا بد من توفير المال أو الدخل، ولن يأتي المال إلا إذا توفرت فرص العمل لهذا الإنسان، هذا على المستوى العادي، أما الشخص المعوق بصريًا فإن الأمر يختلف هذا بسبب إعاقته، فإن حصوله على فرصة عمل لا بد أن يكون العمل يتناسب مع إعاقته، فهو في حاجة إلى التدريب على المهنة التي تناسب قدراته، وهنا يجد الكفيف الصعوبة في مدي توافر مراكز التدريب والتأهيل المناسبة، وتقبل الكثيرين لتلك المهنة الأمر الذى يؤدي به إلى الاضطراب، وعدم الاستقرار، والخوف من المجهول، والمصير الذي ربما يكون عكس ما يتمناه، خاصة أن بعض أصحاب الأعمال، أو بعض جهات العمل لا تراعي النواحي الإنسانية، أو الالتزام بقوانين العمل التي تلزم بعض الوزارات أو الأعمال بتعيين ٥ في المائة من المعوقين.

رابعًا: المشكلات الحركية:

الحركة مهمة جدًا لأى إنسان في الحياة، وعدم قدرة الإنسان على الحركة أو تقييد حركته يسبب له متاعب وآلام نفسية جسمية لا يشعر بها أو يقدرها سوى من فقد البصر؛ لأن الكفيف لا يستطيع أن يتحرك بالمهارة التي يتحرك بها المبصر، فهو مقيد في حركاته، ومن الصعب عليه فى أحيان كثيرة أن يغير من وصفه، خاصة في الأماكن المألوفة لديه لأن حركته في الأماكن غير المألوفة يسبب له كثيرًا من الحرج، خاصة في المدن والعواصم التي تتميز بالكثافة الكبيرة في عدد السكان، وازدحام الشوارع بالناس والسيارات، الأمر الذي يتطلب معينات للكفيف تواكب العصر، وتساعد الكفيف على الحركة وسط المتغيرات في البيئة الجديدة، وتطور وسائل المواصلات (مترو الأنفاق - الكبارى العلوية - السلالم الكهربائية - المصاعد) التي تتطلب مجهودًا كبيرًا، ولكي يتأقلم الكفيف على هذه المواقف الجديدة لا بد له من التدريب الجيد، واستخدام معينات غير تقليدية تعتمد على التكنولوجيا الحديثة.

وسوف نتناول هذه المشكلات بشيء من الإيجاز:

١ - المشكلات الجسمية.

تعتبر حركة الجسم أحد المظاهر المهمة فى حياة أى شخص لأنها توفر له قدرًا كبيرًا من الحرية والاستقلال، ومن هنا تظهر معاناة الشخص المعاق بصريًا، فهو لا يستطيع التحرك بمفرده بحرية، فيما عدا محيط المنزل أو المدرسة الداخلية التى يقيم فيها لأنه أعتاد على تلك الأماكن، وتكون حركته فيها شىء من الحرص والحذر حتى لا يقع أو يصطدم بالأشياء التى تكون فى محيط هذه الأماكن. إلى جانب بعض المشكلات التى تتعلق ببعض حواس الكفيف ومنها حاسة اللمس ففى الوقت الذى تزداد أهمية هذه الحاسة والتى يتوقف عليها قدرة الكفيف على التعلم بطريقة (برايل) نجد أن كف البصر يضعفها، والسبب فى ذلك ببساطة هو ما يترتب على فقد البصر من الحد فى استعمالها، وقلة الفرص المتاحة أمام الكفيف لا سيما الطفل الذى يدرب بالشكل المناسب للمس الأشياء العديدة والتعرف عليها نتيجة لضعف استعمال هذه الحاسة بسبب الخوف أو العقاب.

كذلك يؤدى كف البصر إلى تغييرات غير مرغوبة فى مظهر الكفيف يتمثل فى طريقة مشيه أو سيره مثل سيره برأسه للأمام أو تحدب ظهره أو تصلبه بطريقة غير عادية، فمعنى ذلك أن فقد البصر يفرض نوعًا من التغييرات على الجهاز العضلى، قد يكون بسيطًا إذا قورنت بما يحدث فى حالة فقد أحد الأطراف.

ونتيجة لهذا الضعف الحركى للكفيف يتجه إلى الاعتماد على الآخرين بشكل كامل مما يضعف ثقته بذاته ويولد لديه شعورًا بعدم الأمن والتبعية وهذا غالبا ما يؤدى إلى العزلة والانطواء.

ويتضح لنا أن المشكلات الجسمية التى يتعرض لها الكفيف تجعله أكثر عجزًا وإعاقة إلى جانب أن عدم قدرته على سد احتياجاته الشخصية يشعره بالنقص والسخرية والاستهزاء نتيجة الحركات المصاحبة لكف البصر.

لذا علينا عدم تقديم المساعدة للكفيف فى كل شىء وترك بعض الفرص لتعويده الاعتماد على النفس الذى عن طريقه يتوافق جسميًا وشخصيًا.

المشكلات النفسية لدى المعوق بصريًا

للتعامل مع المعوقين بصريا على وجه الخصوص هو قبولهم على ما هم عليه، حيث أن الإصرار على وصفهم بالعمى أو نعتهم بهذا النقص لديهم مما يخلق عندهم إحساسًا بالمهانة ويولد لديهم سلوكًا سلبيًا مناهضًا للآخرين.

١- القلق وفقدان الثقة:

إن مجرد الشعور بالاختلاف عن الأفراد العاديين يسبب للفرد قلق نفسى، وذلك لأن عجز المعاق بصريًا يفرض عليه عالما محدودًا وحين يرغب فى الخروج من عالمه الضيق والاندماج فى عالم المبصرين، يجد نفسه يحتاج إلى الاستقلال والتحرر ولكنه حينما يقوم بذلك يصطدم بآثار عجزه التى تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود وحينئذ يتعرض لاضطرابات نفسية حادة نتيجة لشعوره بعجزه عن الحركة بحرية وعلى السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر، فحركة المعاق بصريًا تبدو مضطربة بطيئة وتخلو من عنصر الثقة، فهو يتلمس طريقه تلمسا يتجلى فيه الخوف من أن يصطدم بشىء أو يتعثر أو يقع، وخوفه هذا يجعله أميل إلى عدم الخوض فى مغامرات استطلاعية قد تعرضه للأذى. ولذلك يكبت المعاق بصريًا دافع حب المعرفة واستجلاء أسرار ما حوله، وإذا استجاب المعاق بصريًا مرة لدافع حب الاستطلاع فإنه قد يتعرض لتجربة قاسية تجعله يكبت هذا الدافع فيما بعد.

وهناك نوعين من القلق، (قلق الانفصال) وهو قلق المعاق بصريًا من انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذى يعتمد عليهم فى تدبير شؤون حياته وفى إمداده بالمعلومات البصرية، ومن هؤلاء الأفراد، الوالدين والأخوة والأصدقاء، أما النوع الثانى من القلق فهو (قلق الفقدان الكلى للبصر) وهذا النوع خاص بضعاف البصر من المعاقين بصريًا الذين يخشون فقدان البقية الباقية من بصرهم ويصبحوا مكفوفين كليًا.

٢- الكبت:

يلجأ المعاق بصريًا للكبت كوسيلة دفاعية توفر له شعور بالأمن وتوفير الرعاية له وتجنبه الاستهجان والاستنكار فيضغط على بعض رغباته، ويمتنع عن تنفيذ بعض النزوات، ويضحى ببعض اللذات من أجل الحصول على تقبل الناس له والفوز بالشعور بالأمن وتجنب الاستهجان والاستنكار.

٣- العزلة والتعويض:

يلجأ المعاق بصريًا للاعتزال كوسيلة هروبية من بيئة يخيل إليه أنها عدوانية أو أنها على الأقل لا تحبه بالقدر الكافى، كما يلجأ إلى التعويض كاستجابة لشعوره بالعجز أو النقص فيكرس وقته وجهوده مثلا لينجح فى ميدان معين يتفوق فيه على أقرانه، ويستلزم منه هذا التفوق بذل أكبر مجهود فيضغط على نفسه بما قد يتجاوز طاقتها، فتكون احتمالات انهياره نتيجة ذلك وإصابته بالإرهاق العصبى احتمالات كبيرة، وهو يلجونه إلى هذه الحيل يكون مدفوعا بشعوره بأنه أقل كفاءة من المبصر.

٤- مشكلات النمو والمراهقة:

المعاق بصريًا مثل الشخص العادى عليه أن يواجه المشكلات التى يواجهها كل فرد فى المجتمع مثل مشكلات النمو، وخصوصًا فى مراحل المراهقة واكتمال النمو، كذلك مشكلات التوافق الاجتماعى، ومن الظواهر غير العادية فى الشخصية التى تلاحظ كثيرًا عند بعض المعاقين بصريًا كثرة التخيل، وأحلام اليقظة، والواقع أن المعاق بصريًا كالشخص العادي قد يشعر بالإحباط فيلجأ إلى أحلام اليقظة فى محاولة تعويضية لإشباع نزعاته المختلفة. ويلاحظ أن أحلام اليقظة كأحلام النوم عند المعاق بصريًا، عبارة عن صور صوتيه، وليست بصرية خصوصًا عند المولود أعمى، وفى أحلام اليقظة يحقق ما عجز عن إدراكه، أو فهمه، أو إشباعه فى العالم الخارجى، وكثرة أحلام اليقظة وزيادتها عن الحد المعقول قد تؤدى إلى تعود

المعاق بصريًا الحياة فى عالم من نسج الخيال يشبع فيه رغباته، ويحقق آماله، ويحصل فيه على ما لم يحصل عليه فى عالم الواقع. وقد يؤدى هذا بالتدريج إلى انفصاله عن عالم الواقع.

ومن أهم المشكلات السلوكيه

العدوانية:

يرى البعض أن كف البصر فى حد ذاته يشكل نوعا من الاستجابات العصبية حيث يعترى الكفيف انقباض مصحوب بنزعه عصبية قوية عند مروره بخبرات قاسية، كما أن الأفكار التى استقرت فى أعماقه منذ فترات طويلة يمكنها أن تتدفق إلى السطح وحينئذ لا يقوى الطفل الكفيف على أن يتحكم فى عدوانيته أو تمرده أو عصيانه، ويبدو ذلك بوضوح إذا أحس الكفيف بإشفاق المجتمع عليه، أو بالاهتمام نحوه مما يشعره بأنه مضغوط من الجماعة ومن ثم تتكون لديه نزعة عقابية تتجه نحو الخارج مكونًا أحكام ضد الجماعات من حوله فى صورة أشكال عدوانية.

٢ - النقص فى الخبرة.

فالطفل الذى يولد كفيفًا تكون خبراته عن عالمه الخاص مختلفة عن الأطفال الآخرين والذى يجب أن يتغلب على صعوبات خاصة فى الحصول عليها وشخصيته تتأثر بهذه الفروق أو يفترض بسبب هذه الإعاقة أن يكون الفرد تأثير توتر عصبى تسوده مشاعر عدم الأمان والإحباط وتؤدى إلى إعاقة نموه طبيعيًا ونفسيًا.

٣ - الشعور بالوحدة النفسية.

تعرض الكفيف لعدم إشباع شعوره بالانتماء والحب والحنان من قبل الآخرين، أو التعرض لطلاق الوالدين أو انفصالهما يؤدى إلى شعوره بالنقص

والعجز وتصور المهارات الاجتماعية، مما يترتب على ذلك شعوره بالوحدة والعزلة، نتيجة لضيق حلقة علاقاته الاجتماعية وبالتالى تزداد لديه حدة الشعور بالوحدة النفسية، وما يصاحبه من إحساس بالفشل واليأس.

٤ - التمركز حول الذات.

تعتبر صورة البدن جانب من جوانب صورة الذات، فكل فرد لديه صورة ذهنية خاصة عن نفسه من حيث مظهره العام، وحالته الجسمية والصحية والشخصية، ويعبر عنها فى علم النفس باسم عاطفة اعتبارات الذات، وهى توفر تأثير مباشرًا فى سلوكه واستجاباته للمواقف المختلفة، وفقدان السلامة البدنية يمكن أن يكون له تأثير على صورة الذات بطريقة س لبية.

ومن هنا يجب إرشاد وتربية المعوقين بصريًا بهدف تنشيط وتدريب حواسهم وقدراتهم المتبقية ومساعدتهم فى مواجهة مشكلاتهم النفسية، وعلى تكيفهم النفسى بالإضافة إلى تقليل اعتمادهم على الآخرين، وتنمية الاستقلالية لديهم قدر الإمكان وهذا ما يكون لديه أكبر الأثر عليهم. وفشل الكفيف فى إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وتواصله معهم، قد يرجع سبب ذلك فى عجز المحيطين فى التواصل مع الكفيف حيث أن تواصله مع الآخرين يؤهله لاكتساب مهارات اجتماعية أساسية فى الحياة.

حيث تعد المشكلات الاجتماعية التى يفرضها كف البصر مشكلات توافقية إما أن تكون مرتبطة بالإعاقة أو مرتبطة برعاية الآخرين للكفيف ومن هذه المشكلات.

٥ - الشعور بالعزلة الشخصية :

حيث أن فقد البصر يصاحبه مشاعر الإحساس بالعزلة وما يصاحبها من خوف شديد وقلق نتيجة عزلته فى بيئته الفقيرة والمحدودة فضلاً عن تجنب الكفيف فى الدخول فى علاقات مع الآخرين. والمكفوفون يعانون من العزلة

الاجتماعية عن مجتمعهم وأسرتهم، حيث تنقصهم القدرة على التغيير والملائمة، ومن ثم يلجأون إلى تكرار أنواع النشاط ويعجزون عن التكيف فى المواقف المتكررة إذا ما تغير تكوينها.

٦ - العجز عن التحكم فى البيئة :

يشعر المعاق بصريا دائما بأنه أقل كفاءة من المبصر، فهو يفقد حاسة أساسية، ومهمة وهى حاسة البصر التى تزوده بمعلومات دقيقة عن البيئة التى يعيش داخلها وعدم قدرته على التوافق مع المجتمع، كما أن مهمة البيئة من حوله يشوبها الكثير من الغموض لهذا يتخبط فى مشكلات يرى أنها لا تنتهى بحلول مريحة فتطغى عليه الكآبة ويسيطر عليه اليأس ويصبح الحزن والحسرة هو الطابع المميز له لأنه ببساطة لا يشعر أنه يسيطر على البيئة من حوله.

٧ - مشكلات تعليمية.

إن اندماج الكفيف مع المبصرين داخل المدرسة وحسن توافقه النفسى والاجتماعى معهم يؤدى إلى إخراجه من عزلته مما سيؤهله للتعامل مع المجتمع خارج أسوار المدرسة بثبات وثقة.

ولكن هناك مشكلات تعليمية تواجه المكفوفين منها:

١ - عدم توافر المدارس الكافية لهم على اختلاف أنواعها.

٢ - الآثار النفسية والسلبية لإلحاق الطفل الكفيف بالمدارس الداخلية.

٣ - شعور الرهبة والخوف الذى ينتاب الأطفال عند رؤية طفل كفيف وانعكاس ذلك على سلوك الكفيف الذى يكون انسحابيًا أو عدوانيًا كعملية تعويضية مما يؤدى به إلى العزلة والانطواء وعدم التفاعل مع الأطفال المبصرين.

حاجات الطفل المعوق بصرياً

الطفل المعوق بصريًا لا يختلف عن الطفل المبصر فى حاجاته، ولكن ربما تكون حاجات الطفل المعوق بصريًا أكبر من الطفل المبصر فى بعض الحاجات التى تأثرت بسبب عجزه وإعاقته البصرية،لأن الطفل الكفيف هو طاقة منتجه إذا أحسن توجيهها وتأهيلها، لأن يولد معه كل مقومات الشخص الكامل فهو يتأثر بالبيئة المحيطة به، وهذا يؤثر على حالته الصحية والنفسية، لذا من الضرورى إشباع احتياجاته الضرورية حتى لا يشعر أنه منعزل عن البيئة المحيطة وحتى لا يتعرض للصراعات النفسية وشعوره بعدم الرضا وضعف الثقة بالنفس وفيما يلى أهم حاجات الطفل الكفيف.

أولاً: الحاجة إلى القراءة والكتابة بطريقة تختلف عن تعليم المبصرين:

العجز أو الإعاقة البصرية لها تأثيرها على تعليم الطفل القراءة والكتابة، فالكفيف لا يستطيع القراءة والكتابة بالطريقة التى يتعلم بها الطفل المبصر الذى يتعلم بالطريقة العادية واستخدام الوسائل التعليمية السمعية والبصرية، ويتابع حركة المدرس فى الفصل وتعبيرات الوجه، وهذا ما يفتقده الطفل الكفيف، فهو يتعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل التى تعتمد على الحروف البارزة، وهذه الطريقة يتعلمها الطفل الكفيف مع بداية دخوله المدرسة، وهذه الطريقة ليست يسيرة فى تعلمها، ولكنها تحتاج إلى فترة طويلة لإتقانها لاعتمادها على كتابة الحروف أولاً، ثم تجميع الحروف لتكوين كلمة؛ ولذا يتسم الطفل الكفيف بالبطء فى هذه الكتابة مقارنة بالطفل المبصر فى كتاباته.

ثانيًا: الحاجة إلى تدريب الحواس الأخرى:

الإعاقة البصرية تحرم الطفل الكفيف من الاستفادة من حاسة البصر؛ ولذا يعتمد على الحواس الأخرى لتعويض هذا الفقد، ومن هذه الحواس حاسة السمع

واللمس والشم والتذوق، ومن أكثر الحواس أهمية عند الكفيف هما حاستى السمع واللمس، فهو يستطيع عن طريق حاسة السمع للتعرف على المثيرات البيئية، وأيضًا تعتبر وسيلة أساسية فى عملية التعليم، ولكن لكى تؤدى هذه الحاسة الفائدة المرجوة منها يجب الاهتمام بالتدريب، وأن يكون التدريب للطفل الكفيف وفق برنامج معد لهذا الغرض على أن يراعى الحالة الصحية لأذن الطفل، وألا يقحم المعلم الطفل بأصوات ذات نغمات عالية، أو أصوات ضوضاء قد يكون لها آثار سلبية تؤدى إلى تدهور حالته بدلاً من نموه، وأن يكون الهدف من الاهتمام بهذه الحاسة السمعية هو تنمية الإدراك السمعى لدى الطفل المعوق بصريًا وسوف تعتمد كفاءة المعاقين بصريًا على مدى تنشيطهم لحواسهم الأخرى المتبقية واستخدامها بفعالية كتعويض القصور الناجم عن فقدان الإبصار أو ضعفه، ويتطلب ذلك أن تتضمن برامج تعليمهم التدريب لحواس السمع واللمس والشم حتى تعمل بكامل طاقتها لمساعدة المعاق بصريًا على التعامل بكفاءة أكثر مع مكونات بيئته ومثيرات العالم الخارجى.

١- التدريب اللمسى

لحاسة اللمس أهميتها البالغة فى إدراك أشكال الأشياء وتركيباتها البنائية وحجومها وقيم سطوحها (ملامسها) وفى التمييز بين أوجه التشابه والاختلاف فيما بينها، علاوة على الإحساس بالضغط والألم والحرارة.

وتشمل التدريبات الخاصة بحاسة اللمس ما يلى:

١ - تنمية المهارات الحركية الخاصة بالعضلات الدقيقة للأصابع من خلال معالجة أدوات ربط ويزرير الملابس، لضم الخرز فى الخيط، واستخدام أدوات الأكل وتشكيل الصلصال، وطى الورق وبناء المكعبات.

٢ - تنمية مهارات الانتباه والتذكر والتمييز اللمسى، والمقارنة بين قيم سطوح

الأشياء وملامسها (الخشن والناعم، اللين والجامد)، ودرجات الحرارة (البرودة والسخونة) والأشكال المختلفة (المربع والمستطيل، الدائرة، المثلث، المكعب، الاسطوانة...) والأطوال والأحجام والأوزان.

دور الأسرة فى تدريب حاسة اللمس:

١- إعطاء الشىء فى أول الأمر فى أيدى الطفل.

٢- تقريب الطفل إلى الشىء الموضوع أمامه والمراد تناوله.

٣- ترك الطفل يبحث ويلم بالشىء سواء أكان له صوت أم لا.

٤- عند تقديم الشىء للطفل يجب أن يقترن ذلك بالشرح الموجز المبسط لأن الطفل الكفيف لا تثيره الأسماء فقط بل الشكل أيضًا وأهميته وصفاته فيتعلم أن للأشياء أشكال وأحكام مختلفة وصفات لمس متباينة كما يجب أن يشتمل تدريب اليد أعمال الفحص والقبض والحمل والتفريغ - الفك - التركيب والتصنيف والحفر والتمزيق وخلع وارتداء.

مع مراعاة أن ذلك يحتاج إلى صبر وتوجيه هادف كما أن التقدم فيه مرتبط بالتكرار حتى درجة الإجادة مع إثارة الدافع لدى الكفيف لاكتساب الخبرة.

٢- التدريب السمعى :

حاسة السمع:

تعتبر حاسة السمع إحدى الحواس الهامة التى تنقل للكفيف معلومات وصف أما يحدث فى البيئة المحيطة به فعن طريق الأذن يستقبل ٧٥٪ من المثيرات الحسية.

ويستخدم الكفيف حاسة السمع فى إستكشاف ما يحيط به كما يستخدمها كأدلة توجيه له داخل وخارج المنزل فتأثير صدى وقع خطواته يخبره بالأشياء

القريبة منه (مبانى أو أثاث) وإذا اختلط عليه الأمر فإنه يلجأ إلى التصفيف ليسمع صدى صوته فيعرف عما إذا كانت توجد مبانى قريبه منه وأين توجد كما تساعد حاسة السمع فى معرفة المسافة والإتجاه فصدى صوت العصا التى يستخدمها تحدد له طريقه.

وحاسة السمع تبدأ فى النمو خلال الأسابيع الأولى من ولادته وتصل إلى درجة النضج فى سن السابعة لذلك من الأفضل أن يبدأ تدريب أذن الطفل على أداء وظيفتها فى مرحلة مبكرة حتى يستطيع أن يميز بين المؤثرات الصوتية المختلفة فى البيئة المحيطة به.

دور الأسرة فى تدريب حاسة السمع:

١- توجيه إهتمام الكفيف إلى تمييز المؤثرات الصوتية التى تحدث فى الشارع بما يساعده على السير بحرية.

٢- يمكن تدريب الكفيف فى المنزل على صوت الجرس، المنبة والبحث عن الأشياء التى تسقط على الأرض بتتبع صدى صوتها.

٣- تدريبه على معرفة اصوات الرياح، العاصفة، المطر والرعد والطائرات.

٤- تعتبر البرامج الإذاعية إحدى الوسائل المستخدمة فى التدريب السمعى للكفيف.

٥- كما يمكن تدريب الكفيف فى نطاق الأسرة عن طريق الأسئلة.

يتزود المعوقون بكثير من المعلومات عن العالم الخارجى عن طريق المثيرات السمعية المختلفة، كالأصوات البشرية والحيوانية، وحفيف الأشجار وخرير المياه، وتلاطم الأمواج، وأصوات الرياح والأمطار، ووسائل النقل والمواصلات.

وتشمل تدريبات حاسة السمع للمعاقين بصريًا ما يلى:

أ - تنمية مقدرة الطفل على التعرف على حسن الإصغاء والانتباه للأصوات المحيطة به والوعى بها وإدراكها.

ب- تنمية مقدرة الطفل على التعرف على الأصوات، والتمييز بينها وتعيين هويتها ودلالتها.

جـ- مساعدة الطفل على تحديد الاتجاه الذى يصدر منه الصوت أو تحديد موقعه وما يتطلبه ذلك من تعلم بعض المفاهيم المكانية اللازمة لذلك (فوق وتحت، أعلى وأسفل، يمين وشمال، شرق وغرب، شمال وجنوب).

د- تنمية مهارة الطفل على تحديد المسافة التى يصدر من عندها الصوت (قريب وبعيد).

هـ- مساعدة الطفل على استخدام الصوت كإشارات سمعية هادية له فى التحرك داخل بيئته بأمان وكفاءة.

مراحل الإدراك السمعى:

أ - المرحلة الأولى : مرحلة الحاسة السمعية :

مرحلة الحاسة السمعية، وفى هذه المرحلة يتم اختبار الحاسة السمعية، والتأكد من سلامتها بإصدار للطفل مثيرات تثير انتباهه كالنداء باسمه مثلاً للتأكد من عمل حاسة السمع.

ب - المرحلة الثانية : مرحلة التمييز السمعى :

تدريب الطفل على التمييز السمعى بإصدار أصوات للطفل متشابهة الألفاظ مختلفة المعنى، مثال (قلم، علم). وأيضًا تدريب الطفل على التمييز بين أصوات الحيوانات وأصوات الإنسان وأصوات الآلات أو الأجهزة.

ج - مرحلة الإدراك السمعى:

وهى المرحلة التى يستطيع الطفل تفسير معنى الصوت إليه، وهو يفسر ماذا يعنى هذا الصوت فمثلا صوت القطار أو الأوتوبيس يصدر من آلة أما صوت القطة أو الكلب فإنه يصدر من حيوان له أربعة أرجل وذيل ويغطى جسمه الشعر وله أنياب (مرحلة تفسير الصوت أى دلالته)، أما حاسة اللمس فهذه الحاسة ضرورية له خاصة فى تعليم القراءة والكتابة بطريقة بريل.

٣- التذوق:

إحدى الحواس التى يمكن اكتساب الخبرة عن طريقها بواسطة الإحتكاك بمصدرها وهو يرتبط بالشم تنمو مع الطفل من أسابيعه الأولى ويستطيع أن يميز بين الطعوم المختلفة وخاصة الحلو والمر من الأطعمة.

وهو يعبر عن ذلك بتعبيرات وجهه وسرعة تنفسه ويدخل فى مجال تدريب حاسة التذوق أصناف المأكولات والأطعمة والفواكه والمشروبات والحلوى.

ويمكن للمدرس أن يطور هذه الحاسة لدى التلميذ من خلال الألعاب الصغيرة حيث يطلب من التلميذ تذوق بعض الأطعمة للتعرف عليها وتصنيفها هل هى فاكهة أم خضروات أو حلويات وهكذا كما يستطيع التلميذ من خلال ذلك التعرف على مذاق الطعام الموجود من حيث الحلاوة وبالتالى يدرك معنى كلمة حلو - مر من الناحية العملية والنظرية فى وقت واحد.

٤- التدريب الشمى :

لحاسة الشم أهميتها الفائقة فى إدراك الروائح التى تنبعث من مختلف الأشياء بالبيئة المحيطة، كالأشجار والنباتات، والحدائق، والمطاعم والحوانيت والمستشفيات، والفواكه والخضروات والأطعمة، والحوائط والجدران، والبويات والأصباغ وشواطئ الأنهار والبحار ... إلخ ومن ثم فهى تزود المعاقين بصريًا

بمؤشـرات تعينهم فى التعـرف على مكونات البيئـة المحيطة، وفى تعيين مـواقع الأشياء المختلفة بها ومن بين التدريبات اللازمة لتنمية هذه الحاسة:

١ - تنمية إحساس الطفل بالروائح ووعيه بها وإدراكها.

٢ - تنمـيـة مـقـدرة الطفل على التـمـيـيـز بين الروائح المخـتلفـة (لأنوع العطور والزهور، والصابون، والدخان، والمطهرات، والأدوية... إلخ).

٣ - تدريب الطفل على تحديد موقع مصدر الروائح.

ولكى نتفهم أكثـر البدائل التعويضية التى يمكن تنشيطها لدى المعاقين من خلال استثارة قواهم الكامنة، وتدريب حواسـهم المتبقية واستغلالها بطريقة أفضل فى استقبال المعلومات من البيئة المحيطة بهم، وتفهمها والتعامل معها.

ثالثًا: الحاجة إلى التدريب على التنقل والتوجه:

إن قـدرة الطفل الكفـيف على الحـركـة والتنقل من أهـم العـوامل التى تفـرز اعتماده على نفسـه، واسـتقلاليته، وتكيفه مع المجتمع الذى يعيش فيـه، وهذا من خـلال تدريب الطفل لحـواسـه، أو اعـتـمـاده على من يقـوده، مـثل الكلاب المدربة، والعصا، وهذا يتطلب التدريب فى سن مبكرة.

رابعًا: الحاجة إلى التدريب على الأنشطة الحياتية أو المهارات الاجتماعية:

مـثل مـهـارات اللبس، والاهتـمـام بالمظهـر، وإعـداد الطعـام، وتنـاوله الدواء، واستخدام الهاتف (عبد الرحمن سيد سليمان ٢٠٠١).

خامسًا: الحاجة إلى اكتساب خبرات جديدة:

يحتاج الكفيف دائمًا إلى خبـرات متجددة تعينه على تفهم الموقف الذى يكون فيه، وتساعده على رسم طريقة حياته، ومن هذه الخبرات:

- المظهـر الخـارجى له، وأهمـيـتـه، وآداب المائدة، خبـرات عن وسـائل التـرويح والترفيه، ووسائل شغل أوقات الفراغ.

- خبرات الحركة والتنقل، فهو فى حاجة إلى التدريب على التقنيات الحديثة فى الحركة، الكبارى العلوية، الأنفاق، السلالم الكهربائية، المصاعد (عبد الفتاح صابر ١٩٩٩ / ٢٠٠٠).
- وأيضًا هو فى حاجة إلى خبرات فى التعامل مع تكنولوجيا المعلومات والبرمجيات، ووسائل الاتصال الحديثة، مثل التليفون المحمول، والبريد الإليكترونى.

سادسًا: الحاجة إلى الثقة والأمان:

يحتاج الطفل المكفوف إلى الإحساس بالثقة والأمان من المخاوف فالكفيف يخاف من الأصوات العالية والأماكن المرتفعة والأشياء غير المعروفة لديه والحيوانات الغريبة.

وتتدرج معه فى مراحل حياته لذلك يجب أن ننمى لديه مشاعر الأمن والحب وحب الآخرين من المحيطين به.

سابعًا: الحاجة إلى الحب.

تعتبر هذه الحاجة من أهم الحاجات النفسية للطفل خلال فترة طفولته، حيث أن الطفل الذى يحرم منها ومن إشباعها يشعر طول حياته بالحرمان العاطفى، وحتى إذا وجد لا يعرف كيف يحافظ عليه فالطفل الكفيف يحتاج إلى محبة الآخرين وخاصة الوالدين حتى لا يشعر بنفورهم منه.

ثامنًا: الحاجة إلى اكتساب المعرفة.

يحتاج الطفل الكفيف إلى اكتساب المعرفة وإدراك العناصر الموجودة بالبيئة من خلال معايشة خبرات متعددة عن طريق الرحلات، التنزه فى الخلاء، وعن طريق حواسه المتبقية وأن يتعلم من خلال اللمس معانى جديدة ويحتاج إلى فهم أكثر فيما ينمى حاسة اللمس ويتعلم كيف يفرق بين (النعومة، الخشونة، البرودة، البلل، وأحجام الأشكال).

تبدو هذه الحاجة فى ميل الطفل إلى القيام ببعض الأعمال دون معاونة والديه ومشاركة الكفيف فى المسئوليات، وإشباع هذه الحاجة بالنسبة للكفيف يزيد إحساسه بالانتماء إلى الجماعة من التبعية، حيث يعتاد أن يكون تابعًا لغيره، وأن يعتمد على الآخرين، ولا يستطيع أن يقدم على العمل، وهذا ينقص من تكامل شخصيته ويهز كيانه أمام من يتعامل معهم فالطفل الكفيف يحتاج إلى أن يشعر بالحرية فى تصرفاته وأفعاله.

تاسعًا: الحاجة إلى التقدير الاجتماعى.

يحتاج الطفل الكفيف إلى الشعور بتقدير الآخرين له، وباحترامهم لأرائه وأن يكون مهمًا بين أفراد أسرته، وألا يكون عرضة للسخرية بسبب إعاقته، لأنه يسيطر على الكفيف مشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس، ويكون ذلك بدرجة أوضح فى الحالات التى لا يلقى فيها الكفيف الرعاية والتقدير الاجتماعى من الآخرين، ومن الممكن أن نلاحظ هذه الظاهرة فى رغبة الطفل الكفيف بالقيام بتقديم بعض الخدمات البسيطة للآخرين، ومن الممكن أن نلاحظ هذه الظاهرة فى رغبة الطفل الكفيف بالقيام بتقديم بعض الخدمات البسيطة للآخرين من أفراد أسرته داخل المنزل وتقبل ذلك من أفراد أسرته يساهم بدرجة عالية فى نموه الاجتماعى السوى ويتلخص فى صفة الخضوع وضعف الثقة بالنفس.

عاشرًا: الحاجة إلى اللعب.

للعب أدوار مهمة فى تنمية الجسم وفى التنفيس الانفعالى وفى رفع الروح المعنوية وفى التعليم وفى التشخيص وفى العلاج ومن هنا فإن اللعب يسد حاجة ضرورية للجسم ويعتبر من أهم وسائل الصغار فى تفهمهم للعالم والبيئة المحيطة بهم.

ومن هنا يتطلب الأمر إشباع هذه الحاجة، ولا بد من مساعدة الطفل الكفيف على اختيار الألعاب التى تتناسب مع قدراته وإمكانياته، وإفساح مكان للعب

حتى لا يصطدم بالأشياء أثناء اللعب ومحاولة توجيهه نفسيًا وتربويًا أثناء اللعب.

وأن كثيرًا من الأنشطة السابقة نتعلمها عن طريق البصر، ولكن الكفيف بحاجة إلى أن يتدرب عليها بشكل مناسب، وباستخدام إستراتيجيات خاصة.

إحدى عشر: الحاجة إلى وسائل تعليمية وتنقل خاص.

يعتبر الكفيف أكثر حاجة من أقرانه المبصرين إلى الوسائل التعليمية لتعويضه الحرمان البصرى من الأخذ فى الاعتبار أن نركز فى تعلمهم على حاستى السمع واللمس، فعلى سبيل المثال عند الحديث عن الملاعب المختلفة لا بد من توفير نماذج مجسمة لهذه الملاعب يستطيع الكفيف أن يتلمسها ويكتشفها مع الشرح اللفظى لأهم خصائص هذه الملاعب مع إتاحة الفرصة له بالذهاب إلى هذه الملاعب ليتعرف على الطبيعة.

بالإضافة إلى ما سبق يحتاج الطفل الكفيف إلى :

١ - الوجود فى مكان يشعر فيه بالترحيب، وحيث يمكن إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع أقرانه فيتحدث معهم وينصت لهم ويتعرف على اهتماماتهم.

٢ - مقابلة تحديدات تثير اهتماماته وقدراته.

٣ - إدراكه لجوانب القوة فى نفسه وقدراته الإبداعية.

٤ - إتاحة الفرصة له للتعليم من خلال التجريب.

٥ - مشاركة الأقران والمدرسين، فيسأل ويجيب ويشارك.

٦ - إتاحة الفرصة له ليتحدث عن أحلامه فى المستقبل وأمانيه.

اثنى عشر: حاجات النمو للطفل الكفيف

للطفل الكفيف حاجات خاصة بنموه والتى تفرضها طبيعة الإعاقة البصرية والتى يجب أن نكتشفها ونعمل على إشباعها ومن هذه الحاجات ما يلى:

أ - حاجات النمو الجسمى

- يحتاج الكفيف إلى التدريب على فنيات الحركة، من أجل التغلب على مشكلات الحركة لأهمية ذلك فى اكتساب مهارات بدنية.
- يحتاج الطفل الكفيف إلى التدريب المستمر لحاسة اللمس على عينات ونماذج ورسومات بارزة وعلى مهارات تناول واستخدام الأجهزة والأدوات المعملية.
- يحتاج الكفيف إلى التدريب على فنيات الحركة، من أجل التغلب على مشكلات الحركة لأهمية ذلك فى اكتساب مهارات بدنية.
- يحتاج الطفل الكفيف إلى التدريب المستمر لحاسة اللمس على عينات ونماذج ورسومات بارزة وعلى مهارات تناول واسخدام الأجهزة والأدوات المعملية.
- يحتاج الطفل الكفيف إلى فهم وتقبل التغيرات الجسمية التى تحدث له نتيجة المرور بمراحل المراهقة.

ب - حاجات النمو العقلى :

- يحتاج الطفل الكفيف إلى مساعدته على اكتساب المفاهيم وخاصة المجردة من خلال مدخل تعدد الحواس ومراعاة التنوع فى تناول المفهوم بطرق متعددة تيسر عليه استيعابه وإدراكه.
- يحتاج الطفل الكفيف إلى توفير بيئة تعليمية مناسبة لطبيعة كف البصر يفهم بصفة فى حل المشكلات التى تواجهه فى البيئة.

ج - حاجات النمو اللغوى.

- يحتاج الطفل الكفيف إلى إثراء حصيلته اللغوية وتدعيم شبكة المعانى لديه بتوفير المثيرات السمعية ذات المدلولات الحسية.
- يحتاج الطفل الكفيف إلى تنمية قدراته على فهم اللغة وإدراك معانى التعبيرات اللغوية وخاصة المرتبطة بالإدراكات الحسية.
- يحتاج إلى التدريب المستمر على الاستخدام الفعال لأساليب الاتصال غير اللفظى.

د - حاجات النمو الاجتماعى.

- يحتاج الطفل الكفيف إلى مساعدته فى تقبل إعاقته كحقيقة واقعة حتى يستطيع التكييف مع نفسه ومع مجتمعه.
- يحتاج الكفيف إلى ممارسة العمل التعاونى من خلال توفير الأنشطة الجماعية التى تساعده على القضاء على انسحابه وانطوائه.
- ويحتاج أيضا الكفيف إلى تدعيم علاقاته الاجتماعية التى تفرز السلوكيات المرغوبة وتنمى الاتجاهات الإيجابية من خلال مشاركته فى النوادى والرحلات العلمية.

ثالث عشر: الحاجات الفردية

بالإضافة إلى الحاجات التى تم ذكرها فإن لكل طفل حاجات خاصة نابعة من درجة إعاقته، والزمن الذى أصيب فيه بالإعاقة وكذلك نوع الخبرات المبكرة التى تعرض لها مثل الحاجة فى حرية اختيار الأشياء التى يشير بها، واختيار الأكل الذى يحبه، وقبل إشراك الطفل الكفيف فى أى برنامج تربوى خاص به يجيب أن يتم عمل تقييم وتحليل يشتمل على جميع الجوانب التى تتعلق بإعاقته وهى (الذكاء - الحالة الاجتماعية والاقتصادية - الصحة - السمع).

أهم المهارات التى يحتاجها المعوقين بصريًا

يحتاج المعوق بصريًا إلى اكتساب وتنمية المهارات التالية:

١- تنمية الحواس المختلفة غير البصر.

٢- إثراء القدرات اللغوية لديه وتعويضه عن الخبرات المفقودة نتيجة للإعاقة البصرية.

٣- اكتساب القدرة على استخدام طريقة برايل Braille.

٤- اكتساب القدرة على التعبير بشكل موضوعى عن خبراته وبمستوى صوتى مناسب وتعبيرات حركية مناسبة.

٥- تصحيح القراءة الجهرية لديه.

٦- رفع المستوى التحصيلى.

٧- أن يستطيع المعوق بصريًا ترتيب وتنظيم الكلمات والسطور، وتنقيط الكلمات والحروف.

٨- يحتاج إلى تنمية المهارات اليدوية والفنية.

٩- تنمية مهارة الحوار.

١٠- الحاجة إلى التدريب على التنقل والحركة.

١١- تنمية مهارة الاستماع.

١٢- القدرة على استخدام التقنيات الحديثة التى تعتمد على اللمس وإتقان معالجة الأشياء وتمييزها لمسيًا.

١٣- يحتاج إلى تدريب بقايا البصر لديه لكى يستطيع استغلالها وظيفيًا فى التعلم واكتساب المفاهيم.

١٤- تنمية القدرة على الإدراك اللونى.

١٥- تنمية القدرة على الإدراك الشكلى.

القيم والنواحى النفسية:

يحتاج المعوق بصريًا إلى:

١- الإحساس بالأمن.

٢- الإحساس بالتقبل من الآخرين.

٣- تقبل الاعتمادية الجزئية على الآخرين فى بعض الظروف.

٤- الثقة بالنفس.

٥- اكتساب العادات المرغوبة اجتماعيًا مثل: أن يكون نظيفًا، وأن يعرف كيف يختار ملابسه بواسطة الوسائل المعينة، أن يتعلم العادات المقبولة مثل الأكل بطريقة مقبولة، واستخدام أدوات المائدة وتنظيف الأسنان.

٦- يحتاج للعب.

٧- يحتاج للشعور بالنجاح وأنه مقبول بين الناس، وأن له دورًا فى المجتمع.

٨- يحتاج إلى الحرية فى الخروج إلى المجتمع واختيار الأصدقاء.

٩- تنمية الاعتماد على الذات وتنمية الاستقلالية.

١٠- يحتاج إلى الشعور بأنه قادر على مساعدة الآخرين.

١١- يحتاج إلى فهم نفسه والرضا عنها وعن الآخرين.

١٢- إشباع الميول وتنمية الاستعدادات وفق ظروف الإعاقة.

١٣- اكتساب القيم الجمالية.

برامج التربية الرياضية للمكفوفين:

تهدف برامج التربية الرياضية للمكفوفين إلى تربية الكفيف تربية متكاملة بما يعينه على التغلب على الآثار الناتجة عن كف البصر فهى حجر الزاوية الذى يمكن من خلاله علاج نواحى القصور الحركى والقصور فى مهارات الحياة اليومية كما يمكن عن طريقها تحسين مستوى الأداء الحركى لديه وزيادة كفاءته البدنية كما تعمل على إتاحة الفرصة له للإستغلال الجيد لوقت الفراغ وهذا لن يحدث إلا من خلال الإهتمام بالتربية الرياضية.

الأنشطة الرياضية تتعدد وتتنوع ولكن هناك أنشطة لا بد أن يمارسها المكفوفين وهى المتعلقة بتنمية اللياقة البدنية والحركية، وذلك فى حدود قدراتهم وإمكانياتهم وذلك حتى لا يحدث لهم تصلب أو تبيس فى الحركة أو تحدب خلقى للعمود الفقرى مما يترتب عليه بروز البطن للأمام واحتكاك القدمين بالأرض أثناء المشى.

أهمية الأنشطة الرياضية للمكفوفين:

١- تنمية عناصر اللياقة البدنية التى يفتقدها الكفيف وهى القوة، السرعة، التوازن، المرونة، القدرة، الجلد العضلى.

٢- الحد من اللزمات المصاحبة للإعاقة البصرية مثل فرك العينين - التلويح بالذراعين - الإهتزاز.

٣- تنمية وتطوير الناحية الحركية للكفيف.

٤- الترويح عن النفس وشغل أوقات الفراغ بنشاط هادف وبناء.

٥- تنمية وتطوير الحواس الأخرى اللمس - السمع - الشم.

٦- إكساب الكفيف الثقافة الرياضية من خلال تعريف الكفيف بقواعد وقوانين المسابقات.

٧- تعريف الكفيف بالعائد التربوى من ممارسة النشاط الرياضى.

٨- تنمية الثقة بالنفس والإستقلالية والقدرة على التركيز.

٩- تنمية التكيف الشخصى والاجتماعى للكفيف.

١٠- تدريب العضلات الكبيرة والعضلات الصغيرة.

١١- تنفيس الطاقة لدى الكفيف وتوجيهها.

١٢- التخلص من بعض العادات السيئة المصاحبة لخلو أوقات الفراغ من الأنشطة الترويحية.

أهمية التوجه والحركة للكفيف:

١- إن يألف المعاق بصريًا البيئة المحيطة به وأن يحدد معالمها ويسيطر عليها وأنيتمكن من توسيع بيئته وامتدادها.

٢- تدريب أعضاء جسم المعاق بصريًا على الحركة والمرونة من خلال أنشطة التربية الرياضية المرتبطة ببرامج التوجه والحركة.

٣- يعتبر من الأساليب التى تساعد المعاق بصريًا على الوقاية من الأخطار.

٤- مساعدة المعاق بصريًا على ممارسة بعض الألعاب التى تحتاج إلى مرونة وحركة.

٥- تدريب المعاق بصريًا على اتخاذ وضع الحماية الملائم عند التنقل بمفرده.

٦- إن يتعرف على هيئته وشكل جسمه عندما يتحرك أو يجلس أو عندما يؤدى بعض الحركات أو الإشارات التى تعبر عن فكرة ما.

٧- تدريب المعاق بصريًا على تنسيق واتزان جسمه أثناء الحركة حتى لا يفقد اتجاهه وتعريفه بالمشاكل التى قد يواجهها عندما ينحرف.

٨- تساعد مهارات التوجه والحركة المعاق بصريًا على التعامل مع الأشياء بالإلتقاط والرمى والسحب والدفع.

٩- تنمية الحواس المتبقية عن طريق الأنشطة والتدريبات الملائمة التى تساعده على تحديد مواقع الأشياء وطبيعتها وخصائصها.

١٠- تساعد مهارات التوجه والحركة على استرخاء المعاق بصريًا وذلك بتخليصه من حالة التوتر والخوف عندما يتحرك من مكان لآخر ويضمن له التنقل باستقلالية.

أسباب تأخر النمو الحركى لدى المكفوفين:

١- نقص الخبرات والتى تنتج عن:

قلة الحركة.

قلة المعرفة بالأشياء الموجودة فى البيئة ومدلول مسمياتها.

نقص فى المفاهيم والعلاقات المكانية التى يستخدمها المبصرون.

القصور فى تناسق الإحساس الحركى (التوافق)

فقدان الحافز للمغامرة.

٢- عدم القدرة على المحاكاة والتقليد.

٣- قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية.

٤- الحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور وغيرهم والتى تعوق الطفل عن اكتساب خبرات حركية مبكرة.

٥- عدم الإبصار (مثال مهارات التربية الرياضية).

الأدوات المساعدة لحركة الكفيف:

١- **طريقة العين المبصرة (الكلب):** فيها أمان ولكنها مكلفة ومن الصعب تطبيقها فى البلاد الإسلامية حيث لا يجوز التنقل بالكلب فى أماكن العبادة فضلاً عن غيرة الكلب على صاحبه.

٢- **طريقة الدليل المبصر:** فيها أمان أكثر لكن من عيوبها اعتماد الكفيف على المبصر وإلغاء شخصيته وحرية الحركة والاطلاع على أسرار الكفيف.

٣- **العصا البيضاء:** تتميز بالحماية وتحقيق استقلالية الكفيف والحفاظ على أسراره إلا أنها تحتاج لتدريب جيد ويصعب التحرك بها فى الأماكن الوعرة ولكنها فى الواقع تفيد الكفيف فى تعويده الاعتماد على نفسه.

ويتم تدريب الطلبة المكفوفين على العصا البيضاء بمعرفة مدرس التربية الرياضية أو أحد المدرسين الذين تم تدريبهم فى برامج التدريب فى ورش العمل فى برامج التدريب الرئيسية والفرعية التى نظمتها الإدارة العامة للتربية الخاصة.

استخدام عصا التوجيه:

يجب أن تتناسب العصا مع طول الكفيف بحيث تصل من الأرض منتصف المسافة بين الكتف والوسط ويتم تدريب الشخص على كيفية الإمساك بالعصا أما بالنسبة لبرامج التربية الرياضية للمكفوفين فيمكن أن تشتمل على:

١- **التمرينات بنوعيها الحرة وبالأدوات:** الزوجية والفردية ويمكن استخدام أدوات كسلالم الحائط والمقاعد السويدية والتمرينات بالأثقال والتمرينات النظامية وبالموسيقى بالإضافة إلى التمرينات التى تقوى المجموعات العضلية المختلفة.

٢- **الألعاب الصغيرة:** والتى لا تحتاج إلى أدوات غير متوافرة ويمكن استغلال إمكانيات البيئة.

٣- **ألعاب القوى:** بعض المسابقات التى تتناسب مع المكفوفين كالمشى والجرى لمسافات قصيرة مع استخدام مصادر للصوت وكذلك المسافات المتوسطة والطويلة والتتابعات كذلك دفع الجلة من الثبات - قذف القرص من الثبات رمى الرمح من الوقوف بالطريقة الصحيحة ومسابقات الوثب بأنواعه المختلفة.

٤- **الجمباز:** الحركات الأرضية - الوقوف على الرأس، اليدين والكتفين - العجلة - الموازين.

٥- **السباحة:** تبدأ فى أحواض صغيرة للتعود على الماء وتعليم الطفو ثم فى الأحواض الكبيرة التى تتناسب مع كل سن مع استخدام أهداف يصدر عنها أصوات، كما يبدأ التعليم فى أحواض سباحة بدون حارات ثم يتم التقسيم مع زيادة ارتفاع الماء بعد التأكد من إتقان الكفيف للسباحة.

أما بالنسبة لباقى الأنشطة التى يمكن أن يمارسها المكفوفين كليًا فسوف نلقى عليها الضوء بشىء من الشرح الموجز لطريقة أدائها وهى:

٦- **ألعاب الحبال:** كالتسلق على الحبال المعلقة وبارتفاعات تتناسب مع المكفوفين والوثب بالحبل لتنمية اللياقة البدنية وشد الحبل لتنمية روح الجماعة.

٧- **دفع الأثقال:** المثبتة على حوامل أو من الرقود.

أهم الاعتبارات التى تراعى فى إختيار ألعاب الكفيف:

١- سهلة التنظيف.

٢- سهلة الأمساك.

٣- بها أصوات.

٤- لا تكون مصنوعة من مواد تضر بالطفل الكفيف.

٥- ألا تكون سهلة الكسر.

٦- ألا تكون سهلة البلع.

٧- مألوفة بالنسبة للبيئة التى يعيش فيها.

٨- أن تتناسب مع قدراته العقلية ومرحلته السنية.

أهمية اللعب للطفل الكفيف

يعرف اللعب بأنهنشاط تلقائى حر free spontaneous active يستهدف لذاته، ويعد اللعب منأهم الأنشطة التى يمارسها الطفل على الإطلاق، سواء كان كفيفا أم مبصرًا، واللعب بالنسبة للطفل الكفيف blind child يمثل أهمية بالغة، فهو الوسيلة الفعالة التى يتعرف من خلالها على البيئة المحيطة به ويستكشف مكوناتها، ويكتسب من خلاله العديد من المعارف والمهارات skills، وينمى عن طريقه أشكالا مختلفة من السلوك التى تدعم تواصله مع الآخرين فيما بعد. ومن خلال اللعب سيكتسب الطفل العديد من المفاهيم concepts مثل الكميات والأحجام والمسافات والأطوال.

ومن خلال اللعب:

- سيدرك الطفل الكفيف قيمة الآخرين بالنسبة له.
- سيتعلم كيف يؤدى العديد من الحركات بشكل صحيح.
- سيتعلم كيف يستخدم حواسه ويوظفها بشكل فعال.
- سينمو نموا نفسيا واجتماعيا طبيعيا بين أقرانه المبصرين.
- سيتعرف على الأشياء والأدوات المختلفة.
- ستنمو لغته بشكل جيد.
- سيثق فى نفسه وسينافس أقرانه.

ما هى أنواع اللعب الخاصة بالطفل الكفيف؟

تنقسم اللعاب الخاصة بالأطفال المكفوفين إلى أربعة أقسام رئيسية:

١- الألعاب الوظيفية functional games:

وهى الألعاب التى تساعد الطفل الكفيف على التحكم فى حركاته البدنية والتدريب على التآزر الحركى motor co-ordination بين اليدين والتآزر بين اليد والفم والتآزر بين الأذن واليد، فهى تنمى مهارات الطفل الكفيف فى التعامل مع الأشياء المختلفة فيما يتعلق باللمس والإمساك والقبض والطرق ولف الأوراق وتمزيقها وفتح وغلق الأشياء ... إلخ.

فهى جملة من الألعاب تتعلق بتنمية الجوانب الوظيفية لأعضاء الجسم المختلفة، وخاصة فيما يتعلق بالمهارات اليدوية والمهارات الحركية motor skills.

٢- ألعاب الدور role games:

تعتمد ألعاب الدور على التقليد والمحاكاة imitation عن طريق اللعب، فيقوم الطفل الكفيف من خلال اللعب بتقليد الأب أو الأم أو الطبيب أو المدرس أو السائق أو الفارس أو أى شخصية أخرى من الشخصيات المحببة إلى الطفل الكفيف، ويتعلم الطفل من خلال ألعاب الدور العديد من المعايير الاجتماعية so-cial norms المقبولة فى بيئته، كما يكتسب خبرة التفاعل والمشاركة مع الآخرين من أصدقائه أو جيرانه من مبصرين ومكفوفين، وتساعد ألعاب الدور فى تنمية العلاقات الاجتماعية social relationships لدى الأطفال المكفوفين والخروج بهم من دائرة العزلة isolation من خلال ما تكسبه إياهم من اعتداد وثقة بالنفس selfconfidence، كما أنها تساعد على زيادة النمو اللغوى لديهم وزيادة القدرة التعبيرية expression ability بشكل فعال.

٣- الألعاب التركيبية constructional games:

فى الألعاب التركيبية يتعلم الطفل كيفية التعامل مع أنواع مختلفة من الأدوات، فيستخدم المكعبات فى بناء الأبراج وتشييد أنواع مختلفة من الأبنية، وتساعد الألعاب التركيبية على إثارة الخيال imagination لدى الطفل الكفيف والتعرف على القوانين التى تحكم البيئة التى يعيش فيها.

٤- الألعاب الإليكترونية electronically gams:

وهى الألعاب التى تتضمنها بعض الحواسيب أو الأجهزة الإليكترونية الخاصة بالمكفوفين، وتعتمد هذه الألعاب على التآزر بين الأذن واليد، بحيث يستطيع الكفيف مواصلة اللعب من خلال تعليمات مسموعة أو مكتوبة تشرح له الخطوات الخاصة باللعبة.

هل هناك مواصفات معينة فى ألعاب الطفل الكفيف؟

عندما نشترى ألعاب معينة لطفلنا الكفيف لا بد أن نراعى عدد من المواصفات:

- أن تكون سهلة التنظيف.
- أن تكون سهلة الإمساك.
- أن تكون ذات ألوان براقة، لأنه سيلعب بها مع غيره من المبصرين.
- أن تكون بها أصوات جذابة للطفل الكفيف.
- ألا تكون مصنوعة من مواد قد تضر بالطفل لأنه غالبا ما يتحسسها بفمه.
- ألا تكون مصنوعة من مواد حادة أو مواد سهلة الكسر.
- ألا تكون صغيرة جدا بحيث تكون سهلة البلغ.
- أن تكون مألوفة له بالنسبة للبيئة التى يعيش فيها، سواء كانت أشخاص أو حيوانات أو آليات معينة.

- أن تتناسب مع قدرات الطفل العقلية من حيث السهولة والصعوبة.
- أن تتناسب مع المرحلة النمائية التى يمر بها الطفل.

ما هى التوجيهات التربوية للآباء فى مجال اللعب؟

١- شاركوا أطفالكم المكفوفين فى اللعب معهم وخاصة ألعاب الدور.

٢- شجعوا أطفالكم على الإمساك باللعبة بكلتا يديهم.

٣- أذكروا له اسم اللعبة وسموا له ألوانها.

٤- وضحوا له الأشياء التى لا يراها فى اللعبة التى يلعب بها.

٥- استخدموا كلمات بسيطة وتعليمات واضحة.

٦- شجعوا الطفل على اللعب مع الأطفال الآخرين.

٧- اللعب بالنسبة للطفل نشاط حر يمارسه لإرضاء نفسه وليس لإرضاء الكبار.

٨- حددوا مكانا معينا للطفل يلعب فيه.

٩- عودوا الطفل على ترتيب ألعابه وردها إلى مكانها بعد انتهاء اللعب.

١٠- شجعوا الطفل على اللعب مع أقرانه من المبصرين.

١١- دربوا طفلكم على تمييز أصوات الألعاب وتحديد مصدرها وتتبعها.

أهمية التمرينات للمكفوفين:

١- إكساب الكفيف القوام الجيد.

٢- التغلب على العادات القوامية السيئة الناتجة عن فقدان البصر.

٣- تنمية وتطوير عناصر اللياقة البدنية التى يفتقدها الكفيف وهى السرعة - التوازن - المرونة - القوة - القدرة.

وتؤدى هذه التمرينات بأدوات أو بدون أدوات كما تعمل هذه التمرينات على الحد من اللزمات الحركية المصاحبة لكف البصر وإكساب الكفيف الثقة وإمكانية الحركة بإستقلالية والإحساس بالبيئة المحيطة والإهتمام بحركة الرأس.

وعلى المعلم البعد عن حركات الدوران المفاجئة أو الحركات المجهدة التى تتطلب توافقات عصبية معقدة مع الإكثار من الحركات الطبيعية مثل المشى - الجرى - الوثب واستخدام الموسيقى أثناء الأداء مع توافر مكان متسع خالى من العوائق لممارسة هذه التمرينات واستغلال الإمكانات والتسهيلات المتوفرة فى البيئة.

الملاعب المناسبة لأنشطة المكفوفين:

لا بد أن تتصف هذه الملاعب ببعض المميزات التى تجعلها صالحة لممارسة الأنشطة المختلفة وهذه المميزات هى:

١- بالنسبة لمساحة الملاعب:

لا بد أن تتصف بالإتساع مع خلوها من العوائق منتظمة الفراغ وأن تحاط بحبال أو تبطن أسوار الملاعب بمادة مرنة تقى من الإصابات وأن تكون الأرض صالحة للحركة.

٢- بالنسبة للخطوط:

يجب تخطيط الملاعب بألوان واضحة وبخطوط أعرض من العادى كما يجب أن تحدد نهاية الملعب بحدود يدركها الكفيف كأن يحاط بحبال بها أجراس على ارتفاع أعلى من الرأس أو بحاجز منحدر للداخل والخارج لا يعوق حركة الكفيف.

٣- بالنسبة لأرضية الملعب:

لا بد أن تكون مستوية صالحة للحركة عليها خالية من العوائق كما يجب أن تكون أرضية الملعب من نوعية مختلفة عن ما حولها حتى يستطيع الكفيف أن يميز الاختلاف بينهم، وأن تغطى بالعشب أو الخشب المتماسك أو الأسمنت.

٤- الإضاءة:

لا بد أن تضاء بدرجة كافية وقوية.

٥- الأدوات:

يجب أن تتسم بالأمان تمامًا من حيث ثباتها وأن توضع بنظام معروف للمكفوفين وأن تكون صالحة للإستعمال.

الكرات تكون أكبر حجمًا من المستخدم مع المبصرين وأن تلون باللون الأبيض أو الأصفر وأن يوضع بها جرس، كما لا بد للكفيف أن يتعرف على الملعب الذى سوف يلعب عليه وأماكن الأجهزة ونقط الدوران التى يجب أن تحدد بعلامات حسية ترشد الكفيف.

دور مدرب التربية الرياضية

فى تنمية الرؤية الوجهية لدى الكفيف لمدرب التربية الرياضية أن يلعب دورًا فى تنمية الرؤية الوجهية لدى التلميذ الكفيف والمقصود بالرؤية الوجهية هى تنمية قدرة التلميذ على تحديد العقبات التى تعترض طريقه حتى لا يصطدم بها مستغلاً فى ذلك حاسة السمع وقدرته على تحديد مقدار ضغط الهواء الواقع على وجه أثناء تقدمه وبدلاً من الأرتطام به يلتف حول الشىء بسهولة.

وتعتبر هذه المهارة سهلة لمعظم أصحاب الإعاقة الولادية ولكنها تحتاج إلى تعليم لأصحاب الإعاقة الطارئة ويمكن تدريب المكفوفين على إتقان هذه المهارة باستخدام لوحة من الكارتون أو مرتبة إسفنج أبعادها ٢×٢ متر يطلب من الكفيف أن يسير فى اتجاه اللوحة أو المرتبة ثم يقف أمامه مباشرة دون أن يلمسه ثم يتم تحريك اللوح خلف الكفيف ويطلب منه التحرك للخلف والتوقف قبل الوصول اللوح ثم يتم بعد ذلك تدريبه فى مواقف حقيقية مع مراعاة عوامل الأمن والسلامة

ويجب مراعاة العمل على تنمية هذه المهارة لدى الكفيف حتى يتجنب تعريض نفسه لأضرار بدنية كثيرة.

تقدير الوقت والمسافة:

١- يمكن للكفيف أن يتعلم كيف يقدر المسافة باستخدام تسهيلات مختلفة مثل طول خطوته بالضبط وتكاد تكون خطوة كل إنسان كطول قدميه مرتين تقريبًا.

٢- طول ذراعه ممدودتين للجنب.

٣- طول حزامه بالضبط مع تقسيمه من الداخل بشىء بارز يحدد بداية التدريج ليستعمله بدلاً من المسطرة.

٤- طول ربطة العنق وهى مفرودة وعلى الكفيف أن يمرن نفسه باستمرار فى كل فرصة على تقدير المسافة حتى يعتاد التقدير الصحيح ويصبح فى إمكانه أن يقدر المسافة تقدير صائب قريب من الحقيقة بقدر المستطاع وأن يكون هذا التدريب تحت قيادة واعية متفهمه لظروف الكفيف وقدراته وليس هناك أفضل من مدرس التربية الرياضية المتخصص للقيام بهذه المهمة والذى يبدأها بتعريف التلميذ بوحدات القياس البوصة - المتر السنتيمتر القدم والكيلو متر - الميل والعلاقة بينهم ثم يقوم بتعريض التلميذ لخبرات متنوعة مستخدمًا التسهيلات السابق ذكرها عن طريق التدريبات التالية:

١- اطلب من تلاميذك تحديد أبعاد ملعب كرة الجرس باستخدام طول الخطوة وقارن بين تقديرهم والقياس الحقيقى.

٢- حدد مسافة بعلامة (قطع خشب ١٠×١٠ سم مثبته على الأرض) ٥ متر، ١٠ متر، ١٥ متر ثم أطلب من التلميذ الكفيف أن يمشى مسافة ٥ متر ولاحظ تقديره للمسافة صحيح أم لا.

٣- يقف المدرس على بعد معين من التميذ ثم ينادى عليه ليتحرك تجاهه مع تقدير المسافة التى سارها من نقطة البدء حتى نقطة التوقف.

أما عملية تقدير الوقت فهى عملية تعتمد على مقارنة ما يقدره الكفيف لاداء نشاط معين والزمن الفعلى لاداء هذا النشاط فمن المعروف أن الزمن الفعلى هو الذى يتم حسابه باستخدام الساعة أم الزمن الشخصى فهو الزمن الذى يشعر به الشخص نفسه وهو يرتبط بالحالة الإنفعالية للشخص.

وعملية تقدير الوقت يمكن تدريب الكفيف عليها من خلال:

١- أطلب من التلاميذ نقل مجموعة من الكرات البلاستيك الموضوعة فى إناء أمامهم إلى إناء آخر مجاور فى زمن محدد.

٢- إعطى كل تلميذ بالونه واطلب منهم نفخ هذه البالونه واحسب الزمن الذى يستغرقه كل تلميذ فى اداء هذا العمل.

٣- دع الطفل يقدر الوقت الذى يستغرقه فى إرتداء ملابسه أو خلع ملابسه ثم اطلب منه مقارنة هذا الوقت بالوقت الفعلى.

٤- اطلب من التلميذ أن يقدر الوقت الذى يستغرقه فى السير من الفصل حتى فناء المدرسة أو الوقت الذى يستغرقه فى قطع مسافة ١٥ متر.

٥- اطلب من تلاميذك ذكر الأعمال التى يستطيعون ادائها خلال ١٠ ثوانى، دقيقة، ساعة.

الفصل الثالث

الرعاية الأسرية والارشاد النفسى للمكفوفين

أولاً: الرعاية الأسرة

هى عبارة عن نظام اجتماعى وضرورة حتمية لبقاء الجنس البشرى ودوام الوجود الاجتماعى وهى وحدة المجتمع الأول، وهى الواسطة أو حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع، أو الواسطة بين الثقافة والشخصية، والأسرة هى الوسط الإنسانى الأول، الذى ينشأ فيه الطفل ويكتسب فى نطاقها أول أساليبه السلوكية التى تمكنه من إشباع حاجاته، وتحقيق إمكانياته، والتوافق مع المجتمع، فى أن تلعب الدور الرئيسى فى تشكيل ذوات أطفالها وتمثل الأسرة شبكة من العلاقات الإنسانية، وينشأ الطفل فى هذه الشبكة، ويعتمد عليها اعتمادًا كليًا فى سنوات حياته المبكرة، وهى السنوات ذات الأهمية الباقية فى تشكيل شخصيته، فالطفل ينمو ويترعرع ويقضى أهم سنين حياته قبل ان تشترك معها فى هذه التنشئة أية مؤسسة أخرى مثل المدرسة، فالأسرة جماعة من نوع خاص، يرتبط أفرادها بعلاقة الشعور الواحد الأليف والمترابط بالتعاون والمساعدة المتبادلة، وتتميز العلاقات داخلها بالألفة والترابط، والأسرة لا تقتصر على كونها مؤسسة اجتماعية من الناحية الإنجابية البيولوجية، فاستمرار الأنواع لا يتطلب بالضرورة وجود مؤسسة كهذه، ولكن شخصية الأطفال تتكون بصورة أفضل فى الحدود التى ترسمها الإمكانات الوراثية خلال عملية التنشئة الاجتماعية من جماعة صغيرة وهى الأسرة؛ ولذا تتميز الأسرة بأنها الجماعة المرجعية الدائمة للفرد، ينصهر بداخلها، ويتفاعل معها، ويتلقى فيها دروس الحياة الاجتماعية، فالأسرة يمكن أن تساهم فى التعرف على قدرات واستعدادات وإمكانات أبنائها، ومحاولة توجيهها توجيهًا علميًا واجتماعيًا ونفسيًا بما يحقق لهؤلاء الأبناء قدرًا مناسبًا من تحقيق ذواتهم، وإشباع حاجاتهم وتطلعاتهم نحو المستقبل.

أهمية دور الأسرة فى تنشئة الطفل:

إذا كانت تنشئة الطفل اجتماعيًا تحدث من خلال مؤسسات ووكالات اجتماعية وثقافية متعددة، فإن الأسرة تقف فى مقدمة هذه المؤسسات، وتحتجز لنفسها الإسهام الأكبر فى عملية التنشئة الاجتماعية، فالأسرة هى البيئة الأولى التى تقدم الرعاية للطفل، وينعكس تأثيرها عليه منفردًا فى المراحل الحاسمة والأولية من نموه؛ ولذا يكون تأثيرها دائمًا شاملاً يتضمن كل جوانب شخصية الطفل، وعن طريقها يكتسب المعايير الخاصة التى تعرضها عليه؛ وبذلك تصبح الأسرة بهذا المعنى وسيلة المجتمع للحفاظ على معاييره، وتعتمد هذه المعايير فى فاعليتها على دور الفرد فى الأسرة، وما يقوم به من نشاط، وما يرتبط به من علاقات، وكذلك على نوع تفاعله الاجتماعى السوى مع بقية أفراد الأسرة، ولهذه المعايير أثرها الفعال فى تعديل السلوك الاجتماعى للفرد، فالتنشئة الاجتماعية للطفل تتأثر بأعمار الوالدين، وإمكاناتهم الاقتصادية، ومكانتهم الاجتماعية، فالتنشئة الاجتماعية فى المستويات الدنيا تتميز بالطاعة التى يبالغ الآباء فى فرضها على أبنائهم، بينما نجد تلك التنشئة تصطبغ فى المستويات المرتفعة بالمحافظة على العادات والتقاليد وتعويد الأطفال على ضبط النفس، ومن هنا فإن العناية بالطفل المعوق سميعًا تمثل ضرورة إنسانية واجتماعية، وذلك من أجل مساعدته على تنمية مهارات مناسبة تساعده على حسن التكيف مع الواقع.

وبالتالى تكون أهمية الأسرة على الطفل أهمية بالغة فى التنشئة بداية من مرحلة الجنين داخل الرحم حتى ولادته فهو يحمل إرثه الأول من هذه الاسرة أو الوالدين بفعل الجينات والكروموزومات فيكون أشقر أو أسمر طويلاً أو قصيرًا ويكون لون عينيه أزرق أو أسود.. أما إرثه الثانى فهو ذو حلة ثقافة تتبلور من خلال تفاعله مع محيط اجتماعى له أسلوبه الحياتى الخاص وله تاريخ من العادات الثقافية والقيم المعنوية والاجتماعية التى يتوجب على الطفل أن يكتسبها فى كل

مرحلة من مراحل نموه، لكن المولود الجديد لا يتوصل إلى الانخراط فى مجتمعه الثقافى إلا بعد أن يتسنى له تأمين استمراريته البيولوجية من خلال إشباع حاجاته ورغباته وأهمها الغذائية، وذلك بفضل وجود بشرى فى الخلية الأسرية وتقوم أهميته على خلق التفاعل الحيوى مع المولود وتحفيزه للانطلاق إلى المجتمع الثقافى.

وقد تطور شكل الأسرة شيئًا فشيئًا حتى أصبحت لا تشمل إلا الزوج والزوجة وأولادهما ما داموا فى كنفهما، وهو ما يعرف بالأسرة النووية Nuclear Family، أو تتكون من الأجداد والأعمام وأبنائهم، بالإضافة إلى ذلك وتعرف بالأسرة الممتدة Extended Family، أو الأسرة المركبة وهى الأسرة التى تتكون من زوج واحد وله عدة زوجات (تعدد الزوجات) والأسرة - كما ذكرنا - هى الوسط الإنسانى الأول فى صبغ سلوك الطفل صبغة اجتماعية، فهو يكتسب فى نطاقها أول أساليبه السلوكية التى تمكنه من إشباع حاجاته، وتحقيق إمكاناته، والتوافق مع المجتمع، وهى التى تجعل سلوكه يتميز عن سلوك الآخرين، فهى توفر لأفرادها وسيلة اجتماعية مقبولة لتهيئة الأطفال نفسيًا واجتماعيًا لدخول عالم الحياة، ونموهم بوسائل الحضارة التى يعيشون فى إطارها منذ مولدهم، فهى تهدف إلى نمو الطفل نموًا اجتماعيًا ونفسيًا، ويتحقق هذا الهدف بصفة مبدئية عن طريق التفاعل العائلى الذى يحدث داخل الأسرة، والذى يلعب دورًا مهمًا فى تكوين شخصية الطفل، وتوجيه سلوكه، خاصة إذا كان التفاعل العائلى يقوم على أسس من الود والإخاء والحرية والصراحة والتعبير عن المشاعر فى جو يسود فيه الحب بين الجميع، فالطفل يتعلم فى هذا الجو العائلى كيف ينمو، وكيف تتكون شخصيته، وعاداته، واتجاهاته، وميوله، فهو يتعلم المبادئ الأولى التى يسير عليها فى التعامل مع الغير، ويكون ذلك عن طريق المحاكاة والتقليد لهذا السلوك واستجاباته لهم فى المواقف التى يلاحظها أو يشاركهم فيها، ولكى يتحقق ذلك يجب أن يشعر الطفل أنه محبوب من المحيطين به، فالطفل يتعلم من خلال الأسرة التى تتسم بالحب

والتعاون كيف يتلاءم ويتعاون مع غيره من أفراد الأسرة، خاصة الوالدين والإخوة والأقارب وكل من له صلة أو علاقة بأسرته، فهو يكتسب من خلالها مجموعة من العادات والتقاليد والعقائد والقيم السائدة فى المجتمع، بعيدًا عن التعصب والعنف، وبعيدًا عن المخاوف والأفكار الخاطئة، فهى توجه سلوكه توجيهًا إيجابيًا نحو الخير، والبر والإحسان، والإيثار، وحب المجتمع على عكس الأسرة التى تتسم بالتفكك والنزاعات المستمرة داخل الأسرة، فالطفل من خلالها يترعرع وينمو فى جو من الخوف، أو الكراهية، أو الإحساس بالذنب، فهى تصبغ سلوك طفلها بالسلوك السلبى الذى ينمى فيه الأمراض الاجتماعية كالسرقة، والكذب، والإدمان، والشذوذ، وأيضًا الإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب، فالأسرة هى الأساس فى رعاية وتوجيه سلوك الطفل، فالطفل فى واقع الأمر مثل النبات، نرى ساقه وأوراقه، ولا نرى الجذور التى تغذيه، وتمتد فى الأرض، والطفل هو النبات الذى نراه، والأسرة هى الجذور التى تغذى هذا النبات ولا نراها، فنجاح الطفل وتفاعله مع البيئة التى يعيش فيها سواء كان تفاعلاً إيجابيًا أم سلبيًا يتوقف على الأسرة التى نشأ فيها (شاهين رسلان، ٢٠٠٥).

وتعتبر الأسرة من المؤسسات الاجتماعية التى لها ما يميزها عن غيرها من المؤسسات الأخرى كالمدرسة ودور العبادة والنادى، فهى لها منهجها الجاد فى التنشئة الاجتماعية؛ وذلك لأنها تقوم بالعديد من الأدوار التى تقوم بها مؤسسات المجتمع المختلفة، فهى تعتبر المؤسسة الجامعة لكل تلك المؤسسات الاجتماعية المختلفة؛ ولذلك لم ينحصر دور الأسرة فى تربية الأبناء والإهتمام بنموهم البدنى فحسب، بل هى المؤسسة الوحيدة المسئولة عن تنمية كل جوانب الطفل النفسية والمعرفية والاجتماعية، وكل ما يحقق له النمو والارتقاء، فهى تتفوق على باقى المؤسسات الاجتماعية الأخرى رغم كثرتها وتعددها، إلا أن الأسرة لها دور مهم فى تكوين شخصية الطفل.

ومن هنا نقول إن الرعاية النفسية الايجابية للطفل يجب أن تتسم بالاعتدال والتوازن بعيدًا عن التدليل والحماية الزائدة التى تنمى فى الطفل الاعتمادية والكسل والخمول واللامبالاة وعدم الاكتراث وعدم القدرة على مواجهة أى موقف فى حياته وأيضًا بعيدًا عن النبذ والإهمال التى تنمى فى الطفل بعض السلوكيات السلبية والميل إلى العزلة والانطواء والتى تؤدى به إلى الاضطرابات النفسية وأيضًا الإصابة بالأمراض الاجتماعية كالسرقة والكذب والتخريب والشذوذ والإدمان.

الرعاية النفسية للأسرة

ترتكز الرعاية النفسية والتربوية للمعوقين على مسلمة مؤداها أن البيئة الاجتماعية خاصة الأسرة باعتبارها أول بيئة اجتماعية ينشأ فيها الطفل لها فاعليتها وتأثيرها على مستوى الكفاءة الاجتماعية والشخصية للمعوق فى العمل على الاستفادة من طاقاته الكامنة لديه ليكون قوة فعالة ومنتجة فى مجتمعه، فالأسرة نتيجة وجود طفل معوق تتعرض لضغوط نفسية نتيجة العناية بهذا الطفل المعوق بما يلقى بأعباء ضخمة على الوالدين، ويضعهما تحت ضغط عصبى ونفسى مستمر يهدد بالانهيار العصبى، وهذا يتوقف على مدى تقبل الأسرة لهذه الإعاقة، خاصة إذا كان الطفل المعوق مصابًا ببعض العيوب التى تصاحب إعاقته كالتشوهات البدنية والشكل وعيوب السمع، وعيوب الإبصار، وأيضًا أمراض الكلام كاللجلجة والتلعثم، كل هذه العوامل تعوق التواصل الأسرى مع الطفل المعوق، وتكون آثار ذلك واضحة فى نمو الطفل العقلى والاجتماعى والنفسى، ومدى تدنى توافقه مع بيئته التى يعيش فيها.

وأيضًا على المستوى الأخلاقى فى الأسرة تسهم مساهمة فعالة فى تربية الابناء وبناء القيم والاخلاق والسلوك التى تتفق مع عاداتنا وتقاليدنا المستمدة من الشرائع السماوية.

ومن هنا يبذل الوالدان جهودًا كبيرة فى سبيل الوصول بالأبناء إلى بر الأمان بما يؤمن مستقبلهم فى هذه الحياة ويجعلهم أبناءًا أسوياء لديهم توافق إيجابى فى البنية التى يعيشون فيها ويكونون رجالا قادرين على تحمل المسئولية فى المستقبل القريب.

وكما يقول أحد الحكماء الرجال لا يولدون بل يصنعون لذا كان من المهم العناية والاهتمام بمرحلة الطفولة، فالطفل الذى يلقى الرعاية والاهتمام يكون أحسن سلوكًا وأكرم خلقًا وأذكى عقلا وأقوى جسمًا وأجود صحة وأكثر إخلاصًا، وبرًا بوالديه وأكثر سعادة، فالطفل يظل طفلا طالما يعتمد على أسرته فى سد احتياجاته النفسية والعضوية والمادية مهما تقدم به السن ولن يتأثر بمراحل النمو التى يمر بها.

ومن هنا تعتبر الأسرة هى الموجه الرئيسى لسلوك الأبناء فالأسرة هى التى تكسب الطفل قيمة فيعرف الحق والباطل والخير والشر وهو يتلقى هذه القيم دون مناقشة فى سنينه الأولى حيث تتحدد عناصر شخصيته وتتميز ملامح هويته على سلوكه وأخلاقه ولذلك فإن مسئولية عائل الاسرة فى تعليم أهله وأولاده القيم الفاضلة والأخلاق الحسنة وليس التركيز فقط على السعى من أجل الرزق والطعام والشراب للباس لأن دور الأسرة فى المقام الأول والأخير هو دور تربوى وأخلاقى وليس دورًا بيولوجيًا قاصرًا على الإنجاب فقط كما تفعل الحيوانات لأن الطفل فى حاجة إلى حنان الوالدين خاصة حنان الأم وعطفها وشفقتها ورعايتها ونظامها ونظافتها وتربيتها وتعليمها حتى ينال حقوقه من التربية الحقة.

- لذا يجب ألا يترك الطفل للمرضعات والمربيات الأجانب إلا عند الضرورة القصوى، كوفاة الأم بعد الولادة - لا قدر الله - أو تكون مريضة وأن لبن الأم غير كافى كغذاء للطفل. ومن الخطأ الكبير أن تترك الأم الغنية طفلها لمربية أخرى. ومن الحمق والظلم أن نترك أطفالنا لمربيات جاهلات بأصول التربية الخلقية

والصحية وشئون التغذية الجيدة ويجب ألا تبعد المدنية والحضارة الأم عن تربية أطفالها لان هذا البعد يؤدى بالاطفال إلى ما لا تحمد عقباه، فالطفل فى حاجة إلى أسرة تهتم به فى البيت والمدرسة وتحميه من كل المؤثرات الضارة وتصونه من البيئة الفاسدة وتحميه من كل الانحرافات والأمراض الاجتماعية وتنمى لديه الخصال الطيبة الخلقية والجسمية والروحية والعقلية والوجدانية واللغوية وإلى المثل الأسمى من الإنسان الكامل، لأن الطفل يولد قابلا للتشكيل فى سلوكه إما للخير أو للشر، ولا يفسده إلا التربية الفاسدة والبيئة المستهترة.

ويقوم ابن القيم - رحمه الله - فمن أهمل تعليم ولده ما ينفعه وتركه سدى فقد أساء إليه غاية الإساءة، وأكثر الاولاد إنما جاء فسادهم من قبل الآباء وإهمالهم لهم وترك تعليمهم فرائض الدين وسننه، فأضاعوها صغارًا فلم ينتفعوا بأنفسهم ولم ينفعوا آباءهم كبارًا. ومن هنا نؤكد على أهمية اهتمام الوالدين برعاية الأبناء خاصة الأم فهى الوحيدة التى لديها القدرة على تطوير سلوك الطفل الفطرى وبلورته وهذا الكلام يدعونا إلى أن هناك نمطين من أنماط الأمهات هما:

الأم المربية : وهى الأم الجيدة أى التى تلد الطفل وتحسن رضاعته وتربيته بها وحدهما من دون أى ضغوط خارجية وهذه الأم تلعب غريزة الأمومة لديها دورًا إيجابيا ويساعدها على نمو طفلها النمو السوى والسليم لأن ثدى الأم يلعب الدور الأبرز فى هذه العلاقة الحميمة خاصة الحب الخالص الذى ينبعث إلى الطفل مع لبن الأم وبالتالى سوف يطرد كل القلق والتوتر بسبب النظرات الحانية والملامسات الناعمة ومن هنا تتبلور علاقة الطفل بالأم، وبالتالى تؤدى إلى إثراء خبراته تدريجيا الأمر الذى سوف يكسبه ويمكنه من اكتساب صفات الشخصية المتوازنة أم الأم البيولوجية فقط : أى الأم التى تقوم بولادة الطفل وتترك رضاعته لغيرها وأيضا تتغافل عن رعاية صغيرها فيرد عليها بسلوك متوتر تترجمه حالات البكاء

المستمر والنوم المضطرب والتشنجات الواضحة مما يعيق الاتصال بينهما فتقع الأم فى حيرة مما يعترى طفلها وتحاول أن تتقرب منه وتقدم له بعض الأطعمة والحلوى فيرفض. وتعمد إلى هدهدته لينام فيزيد بكاؤه ويتوتر إلى أن تفقد الصبر نتيجة ما يتولد فى نفسها من قلق وتوتر فتنعكس على الرضيع وينقطع جسر التواصل بين الطفل والأم وتنشأ فى ذهنه صورة الأم السيئة.

لذا ينبغى على الأسرة التحلى بمكارم الاخلاق والقدوة الحسنة والمساواة فى المعاملة بين الأبناء لا فرق بين ذكر وأنثى ولا بين صغير أو كبير وطفل سليم وآخر معوق حتى يشعر الأبناء بالأمان داخل الأسرة وبعيدة عن العقد النفسية والضغوط الاجتماعية.

وفيما يلى سوف نشير إلى أهم وظائف الأسرة:

- الدور البيولوجى وهو إنجاب الأطفال.
- الاهتمام بتربية ورعاية الأطفال تربويًا ونفسيًا واجتماعيًا بما يتفق مع معايير المجتمع من عادات وتقاليد مستمدة من الشرائع السماوية.
- سد الاحتياجات والاهتمام بالجانب الوجدانى لأفراد الأسرة.
- تنمية الجانب الدينى الأخلاقى لأفراد الأسرة بما يحقق لهم السلوك القويم.
- منح أفراد الأسرة المكانة لاجتماعية من خلال ربطهم بالبيئة التى يعيشون فيها.

- أهم الاعتبارات التى يجب مراعاتها فى الرعاية النفسية للأسرة:

١ - الاكتشاف المبكر للإعاقة خاصة إذا كان لدى الأسرة تاريخ فى مجال الإعاقة؛ حتى يمكن الاحتفاظ بما تبقى للطفل من قدرات عقلية أو حسية أو بدنية، وأيضًا توظيف باقى القدرات والحواس الأخرى، ومحاولة وضع البرامج التربوية المناسبة التى تتفق مع نوع وحجم إصابة الطفل.

٢ - تقبل الإعاقة والبحث عن الأماكن التى تؤهل هذا الطفل ليكون عضوًا فعالاً فى المجتمع فى حدود قدراته وإمكاناته، والبعد عن النزاعات والصراعات داخل البيت، خاصة بين الزوج والزوجة، وعدم إلقاء اللوم لكل منها على الآخر، وإفساح المجال للطفل المعوق لكى يندمج مع إخوته داخل المنزل، وتوجيه نظر الإخوة بعدم النظر إلى شقيقهم بالدونية، أو الإشفاق عليه حتى لا يشعر الطفل بالحرج، ويميل إلى العزلة، والانطواء ويشعر الإخوة بخيبة الأمل بأن لهم أخًا معوقًا، ومحاولة إخفائه عن عيون الآخرين، وإنما يجب النظر إليه على أنه شخص عادى فى الأسرة يؤدى دوره داخل الأسرة فى حدود قدراته، وبالتالى يتحقق الانسجام داخل الأسرة، ويشعر الطفل بأنه مرغوب، ومحبوب من أسرته، فيتقرب إليهم، ويتفاعل معهم، ويترعرع فى جو ملىء بالحب والتعاون والإيثار داخل الأسرة، فينمو فى جو صحى، وهذا الجو يلعب دورًا مهمًا فى تكوين شخصية الطفل، وتوجيه سلوكه السلوك المرغوب فى المجتمع.

٣ - التوازن فى رعاية الطفل المعوق سمعيًا بعيدًا عن الحماية الزائدة التى تنمى فيه الخمول، والكسل، والاعتمادية، وأيضًا بعيدًا عن القسوة، والإهمال التى تنمى السلوك العدوانى، والأمراض الاجتماعية، كالسرقة، والكذب، والشذوذ الجنسى.

٤ - الاهتمام بالرعاية الصحية للطفل، وعلاج الأمراض المصاحبة للإعاقة كعلاج تشوهات الأذن، وعيوب الإبصار، والعلاج التصحيحى للطفل فى إخراج الصوت إخراجًا جيدًا، كعلاج تشقق الشفاه، وبروز الأسنان، وعلاج أمراض الكلام لدى الطفل كاللجلجة، والتعلثم، وأيضًا الاهتمام بمظهر الطفل من تنسيق للملابس، والنظافة الشخصية، وتعويد الطفل على إزالة لعاب الفم، وإفرازات الأنف، وكيفية استخدام المرحاض، وقص الأظافر، وتسريح الشعر.

٥ - اهتمام الأسرة بمساعدة الطفل المعوق سمعيًا على اكتساب السلوك السوى البناء الذى يساعده على التحكم فى انفعالاته، وزيادة معرفته بذاته، وأيضًا التوافق النفسى مع نفسه، ومع المحيطين به فى البيئة التى يعيش فيها.

٦ - تشجيع الأطفال على طرح كل ما يشغلهم من تساؤلات، خاصة الأسئلة التى تلبى تعطشهم للاستطلاع، وشغفهم بالمعرفة، ورغبتهم فى اكتشاف كل ما يحيط بهم، ويتفاعل معهم فى البيئة التى يعيشون فيها، فهذه الأسئلة تكشف عن أسلوب تفكيرهم، وعما يدور فى أنفسهم من قلق أو خوف أو حيرة؛ لتأكيد ذاتهم وثقتهم بأنفسهم.

فقدرة الطفل على التساؤل ملكة عقلية ولا ينبغى أن نقف فى تساؤلات الأطفال عند مجرد طرح السؤال وتلقى الإجابة عنها، بل يجب على القائمين على رعاية الطفل تجاوز هذا الحد إلى الحوار الهادف، والرأى المتبادل بين هؤلاء المربين الذين يلتقون تلك التساؤلات ويتصدون للإجابة عنها.

وهناك تصور خاطئ من بعض القائمين على رعاية الطفل وتعليمه للهروب من بعض الأسئلة التى تتعلق بوجود الطفل فى الحياة، والحمل الولادة، والسؤال عن أعضاء الجسم، أو السؤال عن بعض الغيبيات كالجنة والنار، والحساب والعقاب، أو عن الموت، أو الظواهر الكونية كتعاقب الليل والنهار، والشمس والقمر، .... إلخ؛ لذا نقول إنه لا يجب العزوف عن الإجابة على هذه الأسئلة، بل يجب تبسيط الأمور والإجابة عن أسئلة الطفل بإقامة حوار هادئ يتناسب مع قدراته العقلية، وأن تكون لغة الإجابة مألوفة لدى الطفل وليست مستغربة عليه، وذلك بتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتقديم الإجابات الصحيحة المناسبة، والتى تثير لديه المزيد من الأسئلة التى تنمى قدراته اللغوية، وتنمى مهارات التفكير الاستنباطى، وأيضًا تحقق التوازن النفسى تنمى قدراته اللغوية، وتنمى مهارات التفكير الاستنباطى، وأيضًا تحقق

التوازن النفسى لديه ويجب أن نضع فى الاعتبار أن الطفل المعوق سمعيًا خاصة الأصم تتزايد انفعالاته عندما لا يجد صدى من الآخرين فى فهم ما يقول لذا نقول يجب الاهتمام بلغة الإشارة لكل البيئة المحيطة بالطفل المعوق سمعيًا.

٧ - تشجيع الطفل على المشاركة والاندماج مع جماعة الأقران فى الأنشطة كالرحلات، والمشاركة فى الحفلات العامة، والأعياد القومية والاجتماعية؛ حتى يكتسب الخبرات الحياتية التى تؤهله للتعامل، والتواصل مع الآخرين داخل المجتمع.

٨ - تشجيع الطفل على ممارسة الرياضة البدنية والترويحية؛ وذلك للتخلص من الطاقة الزائدة، وتحسين القوام، واستكمال تناسق الجسم، والمحافظة على القوام المقبول وأيضًا تنمية الخصائص والحاجات النفسية المرتبطة بممارسة الأنشطة الترويحية التى تفرض مستوى عالٍ من الكفاءات النفسية كالثقة، والاتزان النفسى، والاعتماد على النفس، والإحساس بقيمة الفرد وأهميته، وتحقيق الذات، وانخفاض التوتر والقلق، وأيضًا الإحساس بالنجاح والتقدير من خلال إتاحة الفرصة للمنافسة فى البطولات الرياضية التى تحقق له نجاحًا وتميزًا فى الناحية البدنية نتيجة لسلامة قواه الجسمية وتعويضًا له عن تدنى قدراته العقلية.

أهمية إشباع الحاجات البيولوجية والنفسية

يعتمد السلوك الإنسانى فى جوهره على مجموعة من الدوافع والحاجات التى تكون سببًا رئيسيًا لقيام الفرد بأنماط متعددة فى سلوكه اليومى، فالسلوك الانسانى لا يحدث عشوائيًا وإنما يتم نتيجة عوامل محددة ويسعى لتحقيق هدف معين. إن هذا السلوك عبارة عن مظهر خارجى يعبر فى حقيقته عن حاجة داخلية لدى الإنسان أو الحيوان الذى يحاول عن طريق هذا السلوك إشباع تلك الحاجة،

فإذا تم ذلك الإشباع انتهت مهمة السلوك الخارجى. فالحاجة هى السبب أو الدافع الذى يؤدى بالإنسان أو الحيوان للقيام بسلوك محدد للوصول إلى هدف معين، وذلك بغية إشباع تلك الحاجة ويظل السلوك فى حالة توتر طوال عملية البحث عن الهدف المطلوب، ومن ثم الحصول عليه يتحقق حينئذ فى إشباع تلك الحاجة وينتهى بذلك توتر السلوك والقلق المرتبط به، وبهذا تكون الحاجات دافعًا قويا للسلوك الذى يحدث نتيجة لظهورها ويتوقف بإشباعها الأمر الذى يؤكد أن السلوك عامة فى جوهره ليس عشوائيًا ولكنه سلوك هادف تغلب عليه بعض مظاهر التوتر ويسعى إلى تحقيق هدف معين وإشباع الحاجات الخاصة بالإنسان أو الحيوان، والحاجات تنقسم عند الإنسان خاصة إلى نوعين أساسيين يتفقان مع طبيعة تكوينه. فهناك حاجات بيولوجية أولية وحاجات نفسيه اجتماعية، الأولى تتصل بالنواحى البيولوجية مثل الحاجة إلى الطعام والشراب والحاجة إلى النوم والراحة والحاجة إلى الجنس وغير ذلك، أما النوع الثانى من الحاجات فيتصل بالنواحى النفسية والاجتماعية مثل الحاجة للانتماء إلى الجماعة والحاجة إلى الأمن والعطف والحاجة إلى تقدير الذات وغير ذلك كما أشار إليها ماسلو فى هرم الحاجات. فبعض هذه الحاجات ضرورى جدا. ويجب إشباعه فى الدرجة الأولى لأن ذلك يؤدى إلى بقاء حياة الإنسان. بينما عدم الإشباع يهدد الحياة ويؤدى إلى الموت. ومن أمثلة ذلك الحاجة إلى الطعام والشراب والحاجة إلى الإخراج والراحة والنوم، ولكن توجد حاجات بيولوجية أخرى أقل أهمية عند الانسان لان عدم إشباعها لا يؤثر وجوده ولا يضر بحياته ولكنه ضرورى لاستمرار النوع الإنسانى كالحاجة إلى الجنس.

أما الحاجات النفسية فإن أهميتها وشدتها نسبية متغيرة لدى الافراد ونظرًا لأنها ترتبط بظروف البيئة الاجتماعية والتنشئة الوالدية والحياة المدرسية الخاصة لكل فرد والتى تختلف من فرد إلى آخر دون أن تتشابه إطلاقًا، لذلك تتفاوت

الحاجات النفسية بين الافراد وذلك من حيث الأهمية والقوة، فقد يكون بعضها له مركز الصدارة عند إنسان ما وتؤثر بوضوح فى سلوكه دون بعضها الآخر. وذلك حسب ظروف معيشته واحتكاكه بثقافات جديدة وغير ذلك من الظروف المتعددة التى لا تعطى الحاجات النفسية صفة الثبات والعمومية كما هو الحال فى الحاجات البيولوجية ولكن كلا النوعين يتفقان فى كونهما دوافع للسلوك تؤدى إلى التوتر والقلق ومن الضرورى إشباعها للقضاء على هذا التوتر والقلق لتحقيق التوازن أو التوافق النفسى عند الفرد حتى يشعر أنه إنسان عادى، أما عدم إشباع تلك الحاجات فيؤدى إلى توتر الفرد واضطراب حياته وعدم استقراراه نفسيًا الأمر الذى قد يدفعه إلى الجناح أو الانحرفات السلوكية أو أتخاذ أساليب سلوكية شاذة تنعكس أثارها فى حياته مستقبلا خاصة لو كان طفلا. لذلك كان من الضرورى الاهتمام بإشباع هذه الحاجات حتى لا يجنح الفرد إلى العدوان والتخريب والعناد وإهمال واجباته أو يجعله انطوائيًا منعزلا جبانًا يتسم بالقلق والتوتر والخوف من أى شىء حتى لو كان تافهًا. لذلك من الأهمية بمكان استخدام أنشطة متنوعة وأساليب مناسبة من الممكن أن تسهم فى زيادة إمكانية الطفل الإبداعية مع مراعاة بعض الشروط التى تحقق للطفل الثبات الانفعالى والتوافق النفسى وتنمى لديه حب الاستطلاع والتخيل والاستقلالية فى التفكير وتنمية روح المثابرة والجرأة فى إبداء رأيه بشرط توافر جو من الحرية للطفل سواء فى البيت أو المدرسة بما يساعد الطفل على تحقيق التوافق النفسى للطفل فى البيئة المحيطة وبما يحقق له النجاح والتقدم.

الضغوط النفسية على الأسرة

تشكل الضغوط النفسية ظاهرة من ظواهر الحياة، يمر بها الإنسان فى مواقف وأوقات مختلفة تتطلب منه توافقًا، أو إعادة توافق مع البيئة، وهذه الظاهرة من طبيعة الوجود الإنسانى - شأنها شأن معظم الظواهر النفسية - كالقلق

والصراع والإحباط، وغيرها، وليست بالضرورة أن تكون الضغوط سلبية، وبالتالى فإننا لا نستطيع الإحجام عنها أو الهروب منها أو أن نكون بمنأى عنها؛ لأن ذلك يعنى تناقض فعاليات الفرد وقصور كفاءته، ومن ثم الإخفاق فى الحياة، فالمرء بدون ضغوط يعنى الموت بالنسبة له، ولكن ليس معنى هذا أننا نقر بمعايشة الإنسان للضغوط،ولكن يجب ألا تكون الضغوط متكررة ومستمرة حتى لا تؤدى إلى تأثيرات سالبة على الفرد وحياته؛ لذا يجب على الفرد عندما يحس أو يشعر بوجود إنذار للضغوط ألا يستسلم لها، ولا يجعل نفسه مستهدفًا لهذه الضغوط، بل يجب مقاومة هذه الضغوط بحشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط، وذلك بمحاولة تغيير الظروف والعوامل والأسباب التى أدت إلى الضغط النفسى حتى لا تؤدى بالفرد إلى الإنهاك والتدهور، وبالتالى تحد من تفاعل الفرد مع المجتمع والبيئة المحيطة، وأيضًا فقده القدرة على اتخاذ القرارات خاصة التى تتعلق بحياته وحياة أسرته، والأسرة بوجه عام تعيش تحت ضغوط متعددة، خاصة فى مثل هذه الأيام التى تحتاج فيها الأسر إلى إشباع حاجات أطفالها، ومدى قلق الأسر على مستقبل أبنائهم، خاصة بعد الجهد الوفير الذى يقوم به الأباء والأمهات فى العناية بهؤلاء الأطفال، وتقديم كل ألوان المساعدة، والتضحية، والإيثار لهؤلاء الأبناء، حتى يعيش هؤلاء الأطفال فى جو مستقر يؤدى بهم إلى التوافق الشخصى والاجتماعى، ويجعلهم قادرين على القيام ببعض الأنشطة المنزلية كنوع من المشاركة الأسرية، أو الاعتماد على أنفسهم فى بعض الاحتياجات الخاصة بهم كنوع من تحمل المسئولية، والاعتماد على النفس - هذا بالنسبة للطفل العادى - ولكن الأمر يختلف بالنسبة للطفل المعوق الذى تزداد درجة اعتماده على الأسرة نتيجة لإعاقته، وخاصة الأم التى يطول اعتماد الطفل عليها، مما يشكل لها عبئًا ماديًا ونفسيًا يحتاج إلى الدعم والمساندة من الآخرين؛ لأنه فى بعض الأحيان تتفرغ الأم لرعاية طفلها والعناية به دون إخوته، وقد تكون العناية بهذا الطفل المعوق سببًا في ؟؟ التحصيل الدراسى

لإخوته، أو ظهور بعض الانحرفات السلوكية، أو وجود بعض الأمراض الاجتماعية كالسرقة، والكذب لدى إخوته، أو قد يُولد لدى الأطفال الآخرين نزعة الانتقام من الطفل المدلل (المعوق)، كما قد يؤدى إلى نمو الأمراض النفسية لديهم، ونتيجة تفرغ الأم لهذا الطفل وإحاطته بسياج واقى من الحماية الزائدة، مما يزيد من المشكلات فى الأسرة، خاصة بين الزوج والزوجة، وقد يصل الأمر إلى تفكك الأسرة، أو حدوث فجوة فى العلاقات الزوجية التى تنتهى غالبًا بالطلاق العاطفى، وقد يكون نتيجة وجود طفل معوق فى الأسرة استنزاف ميزانية الأسرة، خاصة إذا تخرج الأب والأم من إلحاق طفلهم بأحد مراكز الرعاية الحكومية، أو إلحاقه ببعض المؤسسات الخاصة، مما يشكل نوعًا من الضغوط المادية على الوالدين، هذا بالنسبة للأطفال الصغار، ولكن الأمر يزداد تعقيدًا عندما يكبر هؤلاء الأطفال، وتكبر معهم احتياجاتهم، خاصة بعد أن تعودوا على كل ألوان النشاط السالب الذى يتميز بالخمول والكسل والاعتمادية، وبالتالى يصبح علاجهم وإرشادهم إلى حد ما صعبًا يتطلب جهدًا فائقًا لتغيير سلوك هؤلاء الأطفال، وهذا الأمر يستغرق وقتًا كبيرًا لإصلاح ما أفسده الآباء والأمهات بالتدليل الزائد أو الإهمال والنبذ؛ نتيجة ما يشعرون به من ضغوط نفسية واجتماعية، مما يؤثر على سلوك هؤلاء الأطفال، ومدى تواصلهم مع المجتمع والبيئة التى يعيشون فيها، وعمومًا يسبب قدوم الطفل المعوق مشكلات نفسية واجتماعية لأسرته، خاصة عندما يكتشف الوالدان إعاقة طفلهما يشعران بالهم والغم، وينتابهما الخوف الزائد على مستقبله، ويعانيان من قلق التردد بين الأمل فى العلاج، واليأس من الشفاء، وقد يمتد أثر ذلك على العلاقات الأسرية، قد تصل إلى طريق مسدود فى بعض الأحيان، خاصة فى الأسر التى لم تتشكل على أساس سليم، أو الأسر التى تتميز بهشاشة العلاقات الزوجية منذ بدايتها، أو فى المستويات الاجتماعية الدنيا؛ ولذا فإن الأسرة - خاصة الأم - هى التى تتحمل تلك الضغوط النفسية نتيجة وجود هذا الطفل؛ لا يوجد مكان

يتأثر بوجود طفل معوق أكثر من الأسرة، الأمر الذى يغير من استجابات وتفاعلات أعضاء الأسرة بعضهم ببعض من جانب، وتفاعلاتهم والطفل المعوق من جانب آخر، فقد يشعر الآباء بخيبة الأمل، والغضب، والاكتئاب، والشعور بالذنب، وعمومًا فإن تأثيرات مثل هذا الحدث تكون ملحوظة، وبالتالى تؤثر فى كيان الأسرة، ومن الأمور التى تسترعى الانتباه، أن الآباء والأمهات عادة ما يكون لديهما آمال وطموحات وتصورات بما سيكون عليه طفلهما المقبل، وما الذى ستجلبه عليهما تلك المرحلة الجديدة، إلا أنهما يصدمان عند ولادة طفل معوق عقليًا، حيث تتغير صورهم عن ذواتهم كآباء وأمهات، وكثيرًا ما يؤدى هذا الموقف إلى الشك والقلق، حيث تثير المسائل العادية لمساعدة الطفل على النمو إحباطات وأحاسيس بالعجز عند الوالدين، وقد يتطور إلى شعورهما باليأس والإحباط نتيجة عدم شعور الآباء بالمكافآت الوالدية لإنجابهم هذا الطفل المعوق عقليًا بما يتضمنه من نمو بطىء، مما يستدعى بعض الترتيبات الخاصة لرعايته الجسمية، والنفسية، والعقلية، والاجتماعية وأيضًا عمليات التدريبات اللازمة لنموه، ولكن فى بعض الأحيان قد لا تحقق تلك الترتيبات الغاية المرجوة منها خاصة فى الإعاقات الشديدة، مما يترتب عليه خيبة أمل الآباء، وضياع الأحلام، كل هذه المشاعر تمتد لتخلق ضغوطًا والدية، وتؤدى بدوره إلى اضطراب الاتزان الأسرى، بالإضافة إلى تلك الضغوط السابقة فقد توجد ضغوط أخرى مثل المشكلات المالية المتطلبة لرعاية الطفل، والتوترات، والمشكلات التى يسببها الطفل، وعدم قدرته على ممارسة الضبط الذاتى في بعض أنماط سلوكية نتيجة عدم نضجه، وقصور عملية الاتصال بالآخرين، وتردد الأبوين وشكوكهما فى جدوى عملية تعليم أو تدريب مثل هذا الطفل، وعمومًا فإن العلاقة بين الطفل المعوق وأسرته عادة ما تكون علاقة مركبة من حيث ثنائية المشاعر، بالإضافة إلى الحدة الانفعالية التى تميز تلك العلاقة، كما يشير بعض الباحثين فى مجال الإعاقة إلى أن الضغوط الوالدية نتيجة وجود طفل معوق فى الأسرة تؤدى

إلى تعلق الآباء والأمهات بطفلهم المعوق تعلقًا أعمى بدافع الشفقة والحماية الزائدة، وبالتالى لا يدركون حقيقة إعاقته، ولا يعرفون كيف يواجهون تلك المشكلة، وفى كثير من الأحيان تكون استجاباتهم لحاجات أطفالهم المعوقين إرضاء عصبيًا كمشاعر الفشل، وخيبة الأمل فى أبنائهم، فيتمسكون بهم، ويعطفون عليهم عطفًا زائدًا، ويدللونهم، وينمون فيهم الاتكالية والخمول والأنانية، وتظهر هذه الاستجابات العصابية عند الأمهات بدرجة أعلى منها عند الآباء، ومما يثير الدهشة فى بعض الأحيان - اهتمام الأسرة بالطفل المعوق دون الأطفال الآخرين فى أسرته، مما يولد لدى الإخوة نزعة الانتقام من الطفل المعوق المدلل، ويؤدى إلى فتور العلاقات بينهم، وأحيانًا إلى إصابتهم بالأمراض النفسية.

ونحن نرى - من دافع الحرص على تماسك الأسرة - أن يتسم الوالدان بالتوازن فى المعاملة بين الطفل المعوق وإخوته، وأيضًا عدم اجتذاب أحد الأطفال لديهم ليدعم مكانتهم فى الأسرة، ويزيد من تمييز أحدهما على حساب الآخرين، وبالتالى يؤدى إلى تشتت انتماء الطفل، ويزيد من فرصته فى اكتساب السلوك غير السوى وإصابته بالاضطرابات النفسية.

ولمواجهة تلك الضغوط يجب على الوالدين اتباع الآتى :

١ - التحلى بالصبر، والتفهم، والمرونة، والشعور بالرضا، والإشباع، وطمأنينة النفس، والرضا بالقضاء والقدر.

٢ - عدم اللجوء إلى بعض الاعتقادات، والتصورات الخاطئة، والبكاء على الماضى، وندب الحظ، والاعتماد على الخرافات والشعوذة.

٣ - البعد عن الصراعات وتبادل الاتهامات لدى الآباء والأمهات، واللجوء إلى التفاهم واحترام الآخر، والاستبصار بمشكلة الطفل؛ لتقوية الأمال فى نمو الطفل وتقدمه.

٤ - تحديد هدف مباشر لمشكلة الطفل المعوق عقليًا، ومعالجتها، والنظر إلى خصائص الطفل، وتوظيف الحواس الأخرى، والمحافظة على ما تبقى له من قدرات.

٥ - عدم اللجوء إلى آليات الدفاع النفسية كالتبرير، أو التأنيب، والإنكار، واللوم؛ لمواجهة المشاعر السلبية للطفل المعوق. ولكن مواجهة المشكلة بشىء من الموضوعية واللجوء لأهل الخبرة فى هذا المجال لاتباع الاساليب العلمية لتنمية مهارات الطفل وتوظيف ما لديه من قدرات.

٦ - تمكين الطفل من إشباع حاجاته، ومساعدته فى حشد ما لديه من إمكانيات واستعدادات، ومن مصادر للخبرة، والسماح له بتعديل وتغيير خططه وفقًا لخبراته وتجاربه، بما يتناسب مع قدراته العقلية ومدى إدراكه لهذه الخبرات.

٧ - تعميق أواصر الحب بين الطفل وإخوته، وعدم تفضيل طفل على آخر حتى يتحقق الانسجام بين الطفل المعوق وإخوته، والذى يؤدى بهم إلى النمو النفسى السليم.

العلاقات الأسرية Family Relationships

يقصد بالعلاقات الأسرية طبيعة المناخ الأسرى، أو العلاقات والتفاعلات التى تربط أفراد الأسرة بعضهم ببعض، بحيث يصل الفرد من خلاله إلى مستوى مناسب من الصحة النفسية، أى العلاقات التى تتكون بين أفراد الأسرة، والتى يترتب عليها أن يؤثر كل فرد فى الآخر بقصد تكوين خبرات جديدة نتيجة التفاعل العائلى لهذه العلاقات التى تقوم على مبدأ القدوة الحسنة للوالدين، والتى تتميز بصفات حميمة بين الإخوة أساسها الود والإخاء والحرية والصراحة مع الاستمرار والدوام، والعلاقات بين الوالدين أو بين الوالدين والأطفال هى التى تميز أسرة عن أسرة معينة، وهذه العلاقات تتفاوت تفاوتًا كبيرًا فى الأسلوب الانفعالى وفى اتجاهات الأعضاء بعضهم البعض الآخر، وبعض الأسر تتسم فى علاقاتها بالدفء الانفعالى، والبعض الآخر يتسم بالبرودة، ونجد أن أعضاء بعض الأسر علاقاتهم متباعدة، وأعضاء بعض الأسر علاقاتهم منفتحة للأصدقاء والأقارب، بينما نجد أسرًا أخرى منغلقة، وفى بعض الأسر نجد طفلاً أو أكثر محبوبين، ويجدون تقبلاً، وفى أسر أخرى نجد طفلاً أو آخر معرضين للنبذ، والأسرة قد تكون أسرة تجمع بين الوالدين وأولادهما وهى تعرف بالأسرة النووية، أو تتكون من الأجداد والأعمام وأبنائهم بالإضافة إلى ذلك وتعرف بالأسرة الممتدة، ومن بين ما تسعى إليه المنظومة الأسرية من أهداف : إشباع الحاجة للأمن، والحاجة للانتماء والحاجة للحب، وتوفر الأسرة لأفرادها وسيلة اجتماعية مقبولة لتهيئة الأطفال لدخول العالم، وتعدهم بوسائل الحضارة التى يعيشون فى إطارها منذ مولدهم، وينظر كثير من الآباء إلى الأطفال على أنهم امتداد لهم، والبعض الآخر ينظر إلى الأطفال على أنهم وسيلة لتخليد ذكراهم، فالطفل فى هذا الجو العائلى يتعلم كيف يعيش وتتكون شخصيته وعاداته واتجاهاته وميوله.

أنواع العلاقات الأسرية

(١) العلاقة بين الوالدين:

وهذه العلاقة تقوم على أساس المسئولية المشتركة بين الوالدين نحو الأبناء، مراعاة كل منهم للآخر بالاحترام المتبادل وإنكار الذات فى تقديم الرعاية النفسية بناء ، فالسعادة الزوجية تؤدى إلى تماسك الأسرة، مما يخلق جوًا يساعد على نمو شخصية الطفل بصورة متكاملة متزنة، وتؤدى به إلى الأمن النفسى، وإلى توافقه الاجتماعى، فى حين أن التعاسة الزوجية تؤدى إلى تفكك الأسرة، مما يخلق جوًا يؤدى إلى نمو الطفل نموًا نفسيًا غير سليم، فالخلاف بين الزوجين يخلق توترًا فى جو ؟؟، مما يؤدى إلى أنماط السلوك المضطرب لدى الطفل، كالغيرة والأنانية والخوف والشجار وعدم الاتزان الانفعالى، فكلما كانت العلاقة بين الوالدين تتسم بالود والمحبة وروح الفريق والانسجام، أدى ذلك إلى أن يسود جو من الهدوء والطمأنينة، الذى يؤدى بدوره إلى تماسك الأسرة وترابطها، وبالتالى يؤدى إلى نمو شخصية طفل بصورة طيبة، تجعله يشعر بالسعادة والحب والانتماء لهذه الأسرة، وتؤدى به إلى التوافق الشخصى والاجتماعى للبيئة التى يعيش فيها، على عكس العلاقة التى تتسم بالخلافات والمشاحنات والصراع المستمر بين الوالدين، الذى من شأنه أن يسود ومن التوتر والضغوط النفسية لكلا الوالدين، وهذا الجو يؤدى إلى تفكك الأسرة،وتشتت أفرادها، وإصابتهم بالأمراض الاجتماعية كالكذب والسرقة والسلوك العدوانى، كل هذا يؤثر على شخصية الطفل بصورة سلبية تجعله يشعر بالتعاسة والقلق والانزواء لعزلة التى تؤدى به إلى فقدان الأمن النفسى، وبالتالى تؤدى به إلى السلوك الشاذ للمريض، فإذا كانت علاقة الزوجين تتسم بالصراع وعدم الاستقرار فإنهما سيفشلان فى حل الصراعات والنزاعات بين أطفالهما وسيكون الصراع والشجار هما المظهران الغالبان على سلوك الاطفال ويستمر معهما حتى مرحلة الرشد والكبر ويبدو على ؟؟؟هذين الزوجين الحزن ويتمثل فى أمرين.

وإذا كانت العلاقة بين الوالدين تتصف بالعدائية فمن المحتمل أن يكون الأب أكثر تطفلا فى تدخله المادى فى تفاعل الاطفال ويبدو الأطفال اكثر احتمالية لإظهار سلوك الغضب أثناء مهمة التفاعل مع الآباء ويمكن التنبؤ بسلوك سلبى مع الأقران فى أثناء ممارسة بعض الأنشطة فيميل هؤلاء الأطفال إلى العدوانية أثناء اللعب.

فالروابط العاطفية بين الوالدين ذات أهمية كبيرة فى تكوين شخصية الأبناء، فإذا انعدم التفاهم بين الوالدين، وانتفى الحب وصل الطرفان إلى ما أسماه بوين (Bowen. 1961) الطلاق العاطفى Emotional Divorce إذ إن كثرة الشجار والخلافات والمنازعات بين الوالدين تجعل الجو العام بلا شك فى الأسرة يضطرب، ويحل العداء والشقاء محل الوفاء والحب، وينعكس ذلك كله بشكل أو بآخر على الطفل وعلى نموه النفسى.

(٢) العلاقة بين الوالدين والطفل:

إن العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والثقة تساعد الطفل على أن ينمو نموًا إيجابيًا يحب غيره، ويتقبل الآخرين، ويثق بهم، والعلاقات والاتجاهات السيئة والظروف غير المناسبة، مثل الحماية الزائدة والإهمال أو التسلط، وتفضيل طفل على آخر تؤثر تأثيرًا بالغًا على النمو والصحة النفسية للطفل، والعلاقة بين الوالدين والطفل علاقة إيجابية قوامها المودة والرحمة، وأن تكون خالية من المشاعر المتناقضة واللاسوية، وأن تتسم بالتوازن والصراحة والصدق، وأن يكون الوالدان قدوة حسنة لطفلهما، وأن يحسنا رعايته رعاية طيبة بعيدًا عن الرعاية التى تولد لدى الطفل الاتكالية، وعدم تحمل المسئولية التى قد تصل إلى حد الحماية الزائدة، والتدليل المستمر أو الإهمال والقسوة اللذين يولدان لدى الطفل العزلة والانطواء والإصابة بالأمراض النفسية، وكلاً من هذين الموقفين يؤثران على نمو شخصية الطفل، إما أن تكون شخصية سوية تتسم بالهدوء والاستقرار النفسى

أو شخصية سوية لديها القدرة على التصرف فى المواقف الطارئة، وحل أية مشكلات قد تواجه هذا الطفل، ؟؟؟؟العلاقات السائدة فى الأسرة بين الوالدين من جهة، وبين الأطفال من جهة أخرى تحدد إلى مدى كبير شخصية الطفل، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أثر علاقة الوالدين معًا على الطفل، فعندما تكون العلاقة إيجابية يكون الوالدان مندمجين مع أطفالهم، وتكون الأمهات إيجابيات ومتوجهات توجهًا إيجابيًا نحو الأطفال، وأكثر كفاءة فى الأعمال الخاصة برعاية الطفل، إذن يمكن القول إن الأطفال يتحملون فى البيوت غير السعيدة والمتوترة التى يسودها الخلاف الزواجى إحباطات ومضايقات كثيرة، ويقعون ضحايا بريئة لهذه البيوت، وكلما كانت العلاقة بين الإخوة تتسم بالتوازن والانسجام كلما كان المردود إيجابيًا بينهم، وأدى إلى نمو شخصية كل منهم نموًا نفسيًا طيبًا، وكل هذا يتوقف على اتجاه الآباء والأمهات نحو أطفالهم، التوازن فى المعاملة، وعدم تفضيل طفل على آخر أيًا كان نوعه (من يفضلون الذكر على الأنثى، أو الأصغر على الأكبر، أو يفضلون الطفل المعوق على أخيه العادى)، وإبداء مشاعر الحب للجميع بشكل متوازن، وعدم ازدواجية المشاعر نحو الأبناء من التدليل والحماية الزائدة أو القسوة والعنف، وكل هذه المشاعر نحو الأبناء من التدليل والحماية الزائدة أو القسوة والعنف، وكل هذه المشاعر تؤدى إلى الارتباك، وظهور روح العداوة والبغضاء بين الإخوة، فالتوازن فى العلاقة يؤدى إلى الانسجام، وإلى ظهور روح الحب والإيثار والتعاون الذى يؤدى فى النهاية إلى قوة العلاقة بين الإخوة، ونمو شخصياتهم نموًا يؤدى إلى توافقهم مع البيئة التى يعيشون فيها.

(٣) العلاقة بين الإخوة والطفل :-

إن العلاقات المنسجمة بين الإخوة، المليئة بالحب، الخالية من تفضيل طفل على آخر، الخالية من التنافس، تؤدى إلى النمو النفسى السليم للطفل، وقد اهتم

علماء النفس بأثر ترتيب الطفل بين إخوته، وقد كان فضل التنبيه إليه يعود إلى ألفريد أدلر Alfred Adler مؤسس علم النفس الفردى، والذى أوضح أن الترتيب الولادى Birth Order متغير أسرى مهم يؤثر على بناء شخصية الفرد، فقد يكون شائعًا بين ترتيب الطفل فى الأسرة يجعل لكل منهم بيئة سيكولوجية مختلفة عن الآخر، وهذا التباين فى البيئات يأتى من أن التفاعل بين الوالدين - خاصة الأم - وكل ابن من أبنائها يختلف حسب موقعه بالنسبة لها، غير أن البعض يرى أن ترتيب الطفل بين إخوته فى حد ذاته ليس عاملاً مؤثرًا فى شخصية الطفل النامية، وأن ما يؤثر هو الاختلاف فى المعاملة الوالدية للطفل، فإذا شعر الطفل بالتقبل والحب من والديه وغير ذلك من عوامل، فسواء كان هو الأكبر أم الأصغر فهذا لا يؤثر فى شىء، وأن التنافس والتعارض بين الإخوة أمر ممكن ومحتمل الحدوث؛ لذا يجب على الوالدين الحرص على التوازن فى المعاملة بين أطفالهم، وعدم تفضيل طفل على آخر حتى يتحقق لهم الانسجام والتوافق النفسى والتكيف مع البيئة التى يعيشون فيها.

(٤) العلاقة بين الطفل والأم:

والعلاقة بين الطفل والأم تبدأ أثناء الحمل، حيث يتأثر الجنين فى رحم الأم بالحالة النفسية والصحية، ورغم عدم وجود ارتباط مباشر بين الجهاز العصبى للأم والجهاز العصبى للجنين، فإن الجهاز العصبى للأم يؤثر فى الجهاز العصبى للجنين، وقد ينشأ الأثر عن طريق نشاط الجهاز العصبى للأم يؤثر فى الجهاز العصبى للجنين، وقد ينشأ الأثر عن طريق نشاط الجهاز العصبى للأم الذى يستثير الغدد الصماء لإفراز هرموناتها مثل الأدرينالين الذى يصاحب الحالات الانفعالية مثل الخوف والقلق، وهذه الهرمونات يمكنها أن تخترق المشيمة، وتدخل فى المسار الرئيس لدم الجنين، وبالتالى تحدث أضرار كبيرة للأجهزة العصبية

والبيوكيميائية للجنين، فتغير كيمياء دم الأم، وبالتالى دم الجنين يمثل أحسن تمثل للبيئة الرحمية غير المواتية، خاصة إذا ظهر أن التوترات الانفعالية الشديدة عند الأم متكررة، فقد يكون لذلك علاقة بإصابة واردها فيما بعد بالمغص، فالحمل يحتاج من الأم استعدادًا نفسيًا ونضجًا انفعاليًا واجتماعيًا، وقد أشار بعض الباحثين إلى أن الفروق الفردية عند الصغار من الممكن أن تكون قد تطورت نتيجة للظروف التى أحاطت بمرحلة الحمل، ويمكن لمرحلة الحمل أن تؤثر فى صياغة الحالة الانفعالية للطفل، وهذا بدوره يؤثر فى طبيعة التفاعل مع الأم، وفى تطور العلاقات بينهما، وبعد رحلة جنينية دامت تسعة أشهر ينتقل الطفل من عالم الرحم الدافىء الهادئ إلى عالم غريب مجهول، باحثًا عن المعرفة لحل طلاسم هذا العالم، واستجلاء غموضه، فهو بحاجة إلى أمه انفعاليًا كحاجته إليها بيولوجيًا؛ لتأخذ بيده فى رحلته فى هذا العالم الجديد، إذن ينتقل الطفل إلى هذا العالم مزودًا بمجموعة من الاستعدادات الحسية والصبية التى تساعده على الاستمرار، وتصدر منه الساعات الأولى جوانب من السلوك التلقائى، فالتفاعل والاتصال بين الوليد وأمه يكون تبادليًا، ولكن يتفاوت تأثير العناصر السلوكية لكل من الطرفين فى سلوك الآخر، حيث يكون بعضها محدود التأثير، بينما يكون الآخر على درجة كبيرة من التأثير.

فالأم تتأثر أحيانًا بخبرات الطفولة المؤلمة لها عندما كانت طفلة وتأثرها بالعنف الاسرى وبالتالى تسقط صورة الطفولة التى كانت عليها على طفلها وتستمد من آلام الطفل ومعاناته سعادة لها ونسيت الأم أن هذا الطفل سيأثر سلبًا بهذا العنف، لأن الأم فى هذه الحالة تعانى من عدم النضج العاطفى والقلق وفقدان احترام الذات والشعور بالذنب، ورفض الآخر، وستنقل هذه الصفات منهم إلى أطفالهم التى تؤثر على سلوكياتهم ونمط شخصياتهم التى تميل إلى العنف وتتخذه طابعًا وسلوكًا فى التعامل مع الآخرين.

وهناك أربعة عناصر أساسية للتفاعل بين الطفل والأم، هى:

أ - التفاعل الصوتى:

إذ يتفاعل الطفل مع الصوت الكلامى بعد عشرين دقيقة من الولادة، وبذلك يلعب التفاعل الصوتى دورًا مهمًا فى سياق تطور الطفل وتشربه سمات الوسط الثقافى الذى يكبر فيه. ويعتبر الصوت من أهم أدوات التواصل بين الأم والوليد خاصة عندما تقوم الأم بتغيير نبرات صوتها حسب وضع الطفل وحالته سواء أثناء تغيير ملابسه أو إيقاظه من النوم أو قبل النوم فهى تلجأ إلى الهمسات الرقيقة عند المداعبة أو إلى المناغاة عندما تلاعبه، وعندما تقوم الأم بالتنوع الكلامى لوليدها فهى تدرك بالفطرة أن كلام الأم وصوتها يشكل عاملا مهمًا وأساسيًا ويعتبر من المصادر الرئيسية لنمو لغة الطفل.

ب - التفاعل البصرى:

اعتبر الباحثون أن التفاعل البصرى بين الطفل والأم لا يقتصر فقط على تبادل النظرات، بل يتعدى ذلك إلى قيام كلا الطرفين بنشاط بصرى مشترك، يتوجه نحو شىء ما فى محيط الأسرة، فالتزامن بين بصر الأم وإشارة إصبعها إلى شىء محدد فى غاية الأهمية فى تطور التفاعل بينهما. ومن هنا تعتبر النظرة الأولى بين الطفل وأمه وسيلة اتصال بينهما وهى تعتبر بداية الانصهار بين شخصية الطفل والأم لتعلق كل منهما بالآخر؛ لأن هذه النظرات تولد فى نفس الطفل الطمأنينة والشعور بالأمن النفسى ويولد عند الأم الشعور بالسعادة وهى من خلال نظرات الطفل وتعابير وجهه تعترف على سعادته وحزنه وضيقه وجوعه وشبعه ونومه وراحته وهدوئه. ومن هنا نلعب حاسة النظر دورًا مهمًا فى إطلاق سلوك الأمومة وتشكل حجر الأساس فى تنسيق التفاعل بين الأم ورضيعها.

ج - التفاعل اللمسى:

إذ إن الاتصال الجسدى يجعل من الطفل أكثر يقظة وتنبهًا للعالم الخارجى

وتعتبر الرضاعة من أهم العوامل التى تزيد من التفاعل اللمسى بين الطفل والأم. وتعتبر هذه الحاسة إحدى الوسائل الفعالة عند الاطفال الأسوياء والمكفوفين فهذه الملامسة الخفيفة التى تنقل بحنان على جسم الرضيع توفر له فرص إرضاء حاجاته النفسية والعاطفية، كما أن الاستثارة اللمسية التى يتعرض لها الرضيع من خلال احتضانه لإرضاعه تعيده إلى المرحلة الجنينية التى عاش فيها فى بطن أمه. فتبدأ أولى مراحل الهدوء والاستكانة من التوترات لذا يطلق بعض الباحثين على الملامسة الجسدية بسلوك التعلق الآمن، وطول مدة الملامسة تؤدى إلى التأثير الإيجابى فى سلوك الطفل وإلى توليد مشاعر الثقة والأمان والاطمئنان.

د - التفاعل الشمى:

فرائحة الأم تلعب دورًا مهدئًا للطفل عندما يكون فى حالة توتر وبكاء، وتمييز الطفل لرائحة الأم فى مرحلة مبكرة يترك الطريق مفتوحًا أمام الافتراض بأن الاتصال الشمى يلعب دورًا مهمًا فى التعلق بين الأم والطفل. لأن حاسة الشم تنمو عند الوليد مبكرًا، إذ يستطيع الطفل التعرف على أمه قبل أن تمكنه حاسة النظر لأن الرضيع يستطيع من اليوم الثالث إلى اليوم السادس تمييز رائحة ثدى الأم عن رائحة أى ثدى آخر. وتعتبر رائحة الأم مصدر للهدوء والراحة وبالتالى تنشط ذاكرته الشمية، وتشير الدراسات إلى أن رائحة الوليد أو الرضيع تبعث فى الامهات ارتياح غير مفهوم الأسباب فيشعرون بعاطفة قوية تشدهن إلى احتضانه وتقبيله. (سبحان الله)!!

العلاقات الأسرية المنفتحة:

أول الملامح التى يتميز بها هذا النوع المنفتح هو الاتصال الخارجى فهذه الأسر تستقبل عددًا كبيرًا من الضيوف والزوار، وتقوم بزيارات متعددة للأصدقاء، ولديها الرغبة فى استكشاف المجتمع، وهناك حرية فى تبادل المعلومات مع وجود

رقابة مرنة ورشيدة على وسائل وأساليب الاتصال، وهذا النوع يحافظ على التماسك الجماعى فى الوقت الذى يحافظ فيه أيضًا على الحرية الفردية، وتتصف هذه الأسر بالمرونة التى توفر لها قدرًا كبيرًا من الحيوية والقابلية للنمو، ويكون لدى أعضائها القدرة على الاتصال الداخلى بين الأفراد دون أن يقعوا فى شبكة واحدة، وتستطيع هذه الأسر أن تتكيف مع الضغوط والمشكلات التى تقابلها، وأن تمتص العواصف والرياح التى يمكن أن تقتلع العضو الفرد فيما لو واجهها وحده، فالفرد فى كل حالاته فى حاجة إلى أن يتصل بالآخرين، فالحاجة إلى الاتصال تولد معه، وتبقى معه طوال حياته، ودائمًا يتشوق إلى الألفة والعلاقات الشخصية الحميمة التى تربطه بالمحيطين به من ذوى الأهمية السيكولوجية لديه.

العلاقات الأسرية المنغلقة:

تكون الأسرة منغلقة عندما تعزل نفسها ماديًا ونفسيًا عن المجتمع الذى تعيش فيه، أو يكون لأفرادها اتصال محدود بخارجها، وقد يميل أعضاء هذه الأسرة إلى عزل أنفسهم، والانسحاب من مطالب المجتمع التى يخشون ألا يستطيعوا الوفاء بها، إن مثل هذه الأسر المنغلقة تكون لها قواعد إجبارية قوية تجعل أفرادها مختلفين عن أفراد الأسر الأخرى، ويبنون حدودًا جامدة تحول دون تدفق المعلومات، فإنهم بذلك يمثلون أفضل تمثيل الدائرة المغلقة، ويترتب على ذلك أن أعضاء الأسرة بدلاً من أن تكون لهم اتصالاتهم بخارج الأسرة؛ لذا تتميز علاقاتهم بالإفراط فى المعية والوجود معًا معظم الوقت، وتقلص الخصوصية الشخصية حتى يصلوا فى النهاية إلى فقدان الاستقلال الفردى، وهى من العمليات الأسرية المهددة لاضطراب بعض أفراد الأسرة، وبعد العزلة والاندماج الزائد تتميز هذه الأسرة بالجمود، وعدم المرونة التى تظهر فى علاقات أفراد الأسرة واتصالاتهم، ففى هذه الأسر لا يسمح إلا بقدر ضئيل من التغيير، وتتسم علاقاتهم معًا بالجمود، وتظل العلاقات كما هى لا تتغير، وحتى التغيرات الضرورية التى

ينبغى أن تترتب على تغير أوضاع أفراد الأسرة وأدوارهم لا يحدث فيها تغيير، فالطفل الصغير يكبر ويصبح مراهقًا، ويصبح بعد ذلك راشدًا، ومع ذلك فقد تظل معاملته من قبل الوالدين كما هى، وتظهر سمة الجمود أكثر ما تظهر فى علاقات الأم بأبنائها أو بأحدهم، حيث تظل معاملة الابن الصغير حتى يصل إلى مرحلة المراهقة، ولا تسمح هذه الأم لطفلها بالانفصال الشخصى عنها، وتنمو بينهما العلاقة التكافلية التى تمكن وراء حالات إصابة الأبناء بقلق الانفصال عندما تتهدد العلاقة أو تنقطع، إن مثل هذه الأسر قد لا تتعلم أبدًا أن تحل مشكلاتها بصورة جماعية، أو أن يتعاملوا مع بعضهم البعض بتفهم وتعاطف، فإنه يجب أن يتكيف ويتواءم مع مشكلاته بطريقته المنعزلة، وغالبًا لا ينجح فى ذلك، وتظل هذه الأسر معرضة لضغوط مختلفة، ولا تجد حلولاً كفئة لذلك، وتظهر بعض الروح العدائية بين أفرادها بفعل الإحباطات المستمرة وغياب التعاون والفهم، ولا تستطيع الأسرة الواقعة فى شرك الالتحام فى ظل وجود الظروف الضاغطة أن تتصل وتترابط مع بعضها البعض بطريقة صحيحة، ولكنها قد تُشكل تحالفات داخلية تؤدى إلى تمزق الأسر وإلى انقسامها بسبب هذه التحالفات العدائية مثل الصغير ضد الكبير والذكور ضد الإناث.

ونخلص من هذا إلى أن الطفل ضمن هذه الأسرة يخضع للأنظمة التى يسنها الأب انطلاقا من تاريخ تربوى طويل، قد خضع هو الآخر لتعاليمه وقيمه، وقد تكون تربية الأب على درجة عالية من الرقى الثقافى ما يحول هذا الكائن الصغير إلى إنسان سوى فى مجتمعه ينطلق من أسس تربوية سليمة زودته بالتوازن النفسى والعاطفى الذى يمكنه من مواجهة الحياة وتذليل صعوباتها فيصبح إنسانًا حيًا، وقد يكون الأب قد أسقط على طفله آثار تربيته المنغلقة القائمة على التسلط والتشدد والقمع فيكون بذلك قد منح الحياة إنسانًا مريضًا ومضطربا وأقل ما يقال أنه يعيش على هامش الحياة.

العلاقات الأسرية فى ضوء ترتيب الطفل:

قد يكون شائعًا بين الناس أن الأطفال فى الأسرة الواحدة يعيشون فى بيئة واحدة، ولكن الأمر مختلف، فترتيب الاطفال فى الأسرة قد يجعل لكل منهم بيئة سيكولوجية مختلفة عن بيئة الآخر، وهذا التباين فى البيئات يأتى من أن التفاعل بين الوالدين - خاصة الأم - وبين كل ابن من أبنائهم يختلف حسب موقعه بالنسبة لهم، فالأسرة تتفاعل مع الطفل الأول ليس كتفاعلها مع الطفل الأوسط، وتفاعلها مع الطفل الأوسط ليس كتفاعلها مع الطفل الأخير، كذلك فإن الطفل الوحيد له بيئة سيكولوجية مختلفة عن بيئة الآخرين من ذوى الأشقاء، كما أن الطفل الذكر وسط مجموعة من الأخوات الإناث، وللبنت وسط مجموعة من الإخوة الذكور وضعًا خاصًا مميزًا، وهكذا يظهر أن العلاقات الشخصية بين الأفراد فى أى مجتمع ولو كانت أسرة صغيرة يخلق شبكة معقدة ومتداخلة من العلاقات التى تتراوح من البساطة النسبية إلى التعقيد الشديد، فعلاقة الطفل بأسرته وخاصة أمه تبدأ منذ اللحظات الأولى لحياته، وتبدأ هذه العلاقة بالحب والشعور بالأمن والاطمئنان، ويعمل الحب كدافع مهم فى تعلم كثير من الاتجاهات الاجتماعية التى تحدد علاقة الصغير بالمجتمع، كما تحدد درجة توافقه مع المجتمع، والأم هى الشخص البالغ الأول الذى يبدأ فى التعامل مع الطفل منذ اليوم الأول لولادته، ولهذا كان لانطباعات هذا التعامل أثر لا يستهان به في نموه وتوافقه، فعلاقة الطفل بوالديه وبإخوته وأخواته وبالمحيطين به لها تأثير بالغ فى تحديد نمط شخصيته واتجاهاته نحو الآخرين ونحو الحياة بشكل عام، وبالرغم من أن شخصية الفرد تخضع نطاق بيئته الاجتماعية، ويكتمل نضجه العقلى وتزداد خبراته، إلا أن جوهر شخصيته - كما كان فى الطفولة المبكرة - يظل هو المحرك الرئيس. وبعد هذا العرض للعلاقات الأسرية نقول إن سلوك الطفل خلال مرحلة الطفولة له مردود وأثر كبير على سلوكه فى مراحل حياته المتتابعة لأن هذا السلوك

نابع من محيط أسرته التى تنشأ فيها، فهى تلعب دورًا كبيرًا فى تكوين شخصيته فى حياته المقبلة، على الرغم من أن شخصية الطفل تخضع لمؤثرات تربوية مختلفة (المدرسة - الجامعة - النادى - دور العيادة - جماعة الأقران) عندما يكبر إلا أن جوهر شخصيته كما تكون فى الطفولة المبكرة يظل هو المحرك الرئيسى.

ترتيب الطفل فى الأسرة

يعتبر ترتيب الطفل بين إخوته أحيانًا مصدرًا لاضطرابات مختلفة تصيب بناء شخصيته وتعرقل نموه النفسى السليم إذا لم يعمد الأهل إلى تفهم سيئات الغيرة واستثمار إيجابياتها وتفعيلها لتصبح ميزة يستغلها الطفل لتحقيق النضج والنمو السليم.

الطفل الأول :

يمثل الطفل الأول بداية الحياة الأسرية حيث يصبح الزوجان والدين لأول مرة لهذا الطفل ويأخذ هذا الطفل بريق من البهجة والسعادة وينال الطفل اهتمام ورعاية الوالدين بل وكل المحيطين بالأسرة من الأجداد والعمات والخالات وكل مايطلب يستجاب لهذا الطفل أحيانا فهو يتميز بالخوف والقلق عندما يكبر بسبب الرعاية الزائدة عن الحد والتى لو استمرت قد تولد عنده بعض السلبيات فى سلوكه كالخمول والكسل واللامبالاة والخوف ولكن لو انتبه الوالدان لهذه الحماية ومخاطرها سوف يشق الطفل طريقه فى الحياة بشكل طيب يؤدى به إلى التوافق النفسى مع البيئة التى يعيش فيها.

الطفل الأوسط

هذا الطفل له بعض المزايا والعيوب حيث يكون الوالدان اكتسبا بعض الخبرات فى تربية الطفل الأول مما ينعكس إيجابيًا على الطفل الأوسط ويكون نموه حسن نتيجة الاستفادة من كل الخبرات السابقة أو قد يقع تحت سلطة والديه أو قد يتعرض للإهمال خاصة من الأم وعدم تفهم مطالب الطفل واحتياجاته وعدم التفريق بين

صراخ الطفل لسد الاحتياجات كالمأكل والمشرب أو الصراخ للتنظيف من البلل أو الصراخ لافتقاد حنان الأم وبالتالى يصاب الطفل باضطرابات نفسية تؤدى إلى بعض السلوكيات غير المرغوبة والتى من أهمها العناد. فإذا تفهمت الأم نوع الصراخ الذى يصدر من الطفل وأخرجته من دائرة القلق والتوتر سوف ينمو ويترعرع بشكل طيب.

الطفل الثالث:

يأتى هذا الطفل بعد خبرة من الإنجاب فى طفلين وبالتالى تكون الأم اكتسبت الخبرة الكافية لتربية هذا الطفل التربية الصحيحة وبالتالى يتميز هذا الطفل بالنمو اللغوى والاجتماعى والعقلى بشكل طيب ولكن فى بعض الأحيان نتيجة لانشغال الأم بمطالب الإخوة الأكبر سنًا سواء فى النواحى التعليمية أو المنزلية يقل الاهتمام بهذا الطفل ويستشعر هذا الطفل هذا الإهمال من الوالدين خاصة الأم فيلجأ إلى الحيل الدفاعية الشعورية بأن يُقبل الأب أو يُقبل الأم أو يجلس باستمرار على رجليهما أو النوم معهما فى سرير واحد ويحاول أن يستدر عطف الأب والأم ويقول دائمًا أنا بحبك يا بابا، وأنا بحبك يا ماما لو خرج الأب من المنزل فى غير العمل تجد أن الطفل يسارع للخروج معه تحت كلمة (أنا بحبك يا بابا وعاوز أخرج معاك) وهذا السلوك الرومانسى يلجأ إليه الطفل عندما يشعر باهتمام الوالدين بإخوته بعيدًا عنه من وجهة نظره.

الطفل الوحيد:

ويعتبر الطفل الوحيد مركز اهتمام الوالدين فى الأسرة وينال من الرعاية والاهتمام ما لم يناله طفل لديه إخوة أو أخوات وقد يقع الوالدان فى مشكلة الرعاية الزائدة عن الحد وقد يتعرض الطفل لبعض الاضطرابات النفسية نتيجة لعدم انفعاله مع إطفال آخرين فى مرحلته العمرية وضعف ممارسة اللعب بشكل جماعى لأن اللعب هو الوسيلة الوحيدة لتعلم الطفل وتربيته وهو النشاط الوحيد

الذى يمارسه دون قيود ويفرغ فيه طاقاته والتى تؤدى به إلى النمو النفسى والاجتماعى خاصة لو كان اللعب مع آخرين.

العلاقات الأسرية فى ضوء الإعاقة البصرية:

تمثل الأسرة شبكة من العلاقات الإنسانية الاجتماعية، وينشأ الطفل فى هذه الشبكة، ويعتمد عليها اعتمادًا كاملاً فى سنوات حياته المبكرة، وخاصة الأم فى توفير الطعام والدفء والراحة والنظافة وسائر ألوان الرعاية، ثم ينتقل فى اعتماده وتفاعله من الأم إلى الآخرين من بقية أفراد الأسرة، فالأسرة هى المصدر الأول للثقافة وأقوى الجماعات تأثيرًا فى أسلوب حياة الفرد، والأسرة هى المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل، وهى العامل الأول فى صبغ سلوكه بصبغة اجتماعية، وهى التى تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية، وتشرف على النمو الاجتماعى للطفل فى مراحله الأولى، وتكوين شخصيته، وتوجيه سلوكه، وتتشابه الأسر أو تختلف فيما بينها من حيث الأساليب السائدة أو المقبولة فى ضوء مجموعة المعايير الاجتماعية والقيم المرتضاة حسب طبيعتها الاجتماعية، فالأسرة يتعلم فيها الطفل لغة وطنه الأم، وعاداته وتقاليده وقيمه، وعن طريق هذه الأسرة تبدأ عملية التنشئة الاجتماعية، والأسرة تتعرض خلال دورة حياتها لأحداث ومواقف، منها المفرح ومنها المؤلم، والأسرة مثل أى نسق اجتماعى بتأثر بالسياق العام الذى يحيط بها، ومن هنا قد يمثل قدوم طفل معوق عاملاً مهمًا لحدوث كثير من المشكلات العاطفية، والسلوكية، والاقتصادية، والاجتماعية لأسرته، فعندما يكتشف الوالدان إعاقة الطفل يشعران بعدم الاستقرار النفسى والاجتماعى، والخوف الشديد على مستقبل هذا الطفل، والقلق الناتج عن ترددهما بين الأمل والنجاح فى العلاج واليأس من الشفاء.

أهم المخاطر التى تؤدى إلى انحراف الطفل:

١ - التناقض فى أقوال الوالدين وسلوكياتهم أى افتقاد القدوة الحسنة.

٢ - عدم الانسجام بين البيت والمدرسة.

٣ - وجود المربيات الأجانب والأجنبيات .

٤ - وسائل الإعلام خاصة المواد الإعلامية التى لا تتفق مع الثقافة العربية والضبط الاجتماعى.

أهم الحاجات التى تؤدى إلى إشباع الطفل:

تمثل الأسرة بالنسبة للطفل مصدر الحب والحنان والسكينة وساحة الهدوء والطمأنينة فهى المصدر الرئيسى لإشباع حاجات الطفل الأساسية.

١ - الحاجات البيولوجية:

وهى التى تفرض على الزوجين حماية الجنين من احتمال الإصابة بأخطر الأمراض، وذلك من خلال إخضاعهما للفحص الوراثى وفحص العامل الريزوس (RH) واهتمام المرأة الحامل بصحتها وطعامها لحماية الجنين من التشوهات المحتملة الناتجة عن نقص غذائى أو عند تناول المرأة الحامل بعض أصناف الأدوية الضارة بسلامة الجنين.

٢ - الحاجات الغذائية:

وتعنى توفير الطعام المناسب القادر علي مد الطفل بالمواد الضرورية لنمو جسده سليمًا خاليًا من الأمراض.

٣ - الحاجات العاطفية:

وهى تتضمن كل ما من شأنه أن يجعل الطفل يشعر بالأمان والاستقرار

والانتماء، ويعرف من حنان أسرته ورعايتها له ما يمكنه من تحقيق ثقته بنفسه وأسرته ومجتمعه.

٤ - الحاجات التربوية الأسرية:

وهى تعنى صون سلامة الطفل من فساد القوانين الاجتماعية والمدنية وانتشاله من جهالة التعليم الأسرية المتوارثة التى تعتقد بأن قوام التربية هو الإخضاع دون تفهم لخصائص الطفل ومراحل النمو لديه.

٥ - الحاجات النمائية:

وهى حاجات تعنى ضمان حق الطفل فى النمو واكتشاف العالم وتأكيد ذاته كى يصبح عضوًا فاعلا فى مجتمعه، متكيفًا مع القيم والمعايير الثقافية التى تحتاج بدورها إلى الكثير من التغيير والتطوير منطلقا من اكتفاء حاجاته المختلفة ليتمكن من تحقيق نموه النفسى والذهنى والاجتماعى والأخلاقى السوى.

- أهم الاعتبارات التى تؤثر على علاقات الأسرة نحو طفلها المعوق

١ - حجم الأسرة: Family Size

تتوقف علاقة الأسرة نحو الطفل المعوق على عدد الأطفال الذين ينتمون إليها بصفة عامة، فكلما زاد عددهم فيها قلت الرعاية للطفل المعوق الذى يعيش بينهم، وقد يهمل أحيانًا، وقد لا يعيره أى فرد من الأسرة أى أهتمام يذكر؛ وذلك لأن الآباء يركزون على أطفالهم العاديين حرصًا منهم على توفير المناخ المناسب لتنشئتهم التنشئة الاجتماعية السليمة بصورة طبيعية، وكأنهم يضحون بفرد ميئوس من حالته على حد تفكيرهم – فى سبيل إنقاذ البقية التى تبشر بالخير، والتى يمكن لها أن تحقق توقعات الأسرة من إنجابهم، وبالتالى يميل اتجاه الآباء نحو طفلهم المعوق من السلبية إلى الإيجابية تدريجيًا كلما أنجبوا طفلاً عاديًا جديدًا فى

الأسرة، ويعنى ذلك أن الاتجاه الإيجابى عند الآباء نحو الطفل غير العادى يتناسب طرديًا مع زيادة عدد الأطفال العاديين فيها، وهذا ينتقل أثره بالتبعية ليشمل أفراد الأسرة بلا استثناء، وعلى الرغم من الآثار الضارة الواقعة على الطفل المعوق، والناتجة عن الاتجاه السلبى للأسرة نحوه، والتى قد يكون من شأنها ازدياد حالته النفسية سوءًا، وتأخير مراحل علاجه، وشدة معاناته من مشكلات إعاقته، وإصابته بأعراض جانبية تؤرقه فإن الأسرة قد لا تنعم بحالة من الاستقرار الوضعى فيها نتيجة لكثرة المشكلات الناتجة عن سوء التوافق بين الطفل المعوق مع أشقائه وشقيقاته العاديين الذى يهملونه ولا يشعرون بإعاقته، إن الأسرة التى ينتمى إليها طفل معوق تعانى من التوتر والقلق والاضطراب فى التفاعلات الشخصية بين أعضائها.

٢ - نوع الأطفال العاديين: Gender of Normal Children

يتوقف اتجاه الأطفال العاديين نحو الطفل المعوق الذى يخالطونه فى نطاق الأسرة على عامل الجنس، فعلى الرغم من أن الأطفال العاديين الذكور قد يبدون اهتمامًا واضحًا ملحوظًا نحوه، ويحاولون مساعدته، والعطف عليه، والتعاطف معه، فإن عاطفة الأمومة الكامنة لدى الأطفال العاديين من الإناث تجعلهن أقرب مودة له وأكثر رحمة به وأرق تعاملاً معه، ولما كان الأطفال العاديون من الإناث يملن إلى تقليد أمهاتهن فى أغلب الأدوار التى يقمن بها بما فيها دور الأمومة المتميز بالدفء والمحبة والرعاية والعناية، مما يجعل تعاملهن معه نابعًا من أعماقهن، فإن اتجاههن نحوه يميل إلى الإيجابية بشكل ملحوظ فى أغلب الأحيان.

٣ - الحالة الاجتماعية الاقتصادية: Socioeconomic Status

يعتبر دخل الأسرة المرتفع من أهم العوامل التى يسهم إسهامًا كبيرًا فى رعاية الطفل المعوق لإمكانية الإنفاق عليه بسخاء، ولإمكانية تغطية كافة التكاليف التى تتطلبها هذه الرعاية مهما تكن الفترة الزمنية التى تستغرقها آملين فى الله

سبحانه وتعالى أن يكللها بالشفاء، وأن تحل كل المشكلات الناتجة من سلوكياته غير السوية؛ وذلك لأن الأسرة ذات الدخل المرتفع لن تبخل على طفلها غير العادى بأية مبالغ تنفق فى سبيل رعايته ومساعدته من أجل أن يتحقق له العلاج فى أقصر وقت ممكن وبأرقى الأساليب، وبأحدث الأجهزة فى أية دولة من دول العالم، أما الأسرة الفقيرة ذات الدخل المنخفض فإنها لن تتمكن من مساعدة طفلها المعوق إلا فى أضيق الحدود التى تسمح بها ظروف الرعاية المجانية، أو ذات التكاليف المنخفضة فى المجتمع الذى تعيش فيه، ولن تتمكن الأسرة الفقيرة من توفير المستلزمات العلاجية التى يحتاج إليها الطفل المعوق بصورة إيجابية.

أساليب تربية الأبناء:-

ونحن نعنى هنا بأساليب التنشئة الاجتماعية هو استمرارية أسلوب معين أو مجموعة من الأساليب المتبعة فى تربية الطفل وتنشئته ويكون له أثرها فى تشكيل شخصيته. ومن المسلم به لدى علماء الصحة النفسية أن هذه الأساليب تترك آثارها سلبًا وإيجابًا فى شخصية الأبناء ويعزى إليها مستوى الصحة النفسية الذى يمكن أن تكون عليه شخصيتهم كراشدين فيما بعد.

فبمجرد ولادة الطفل تبدأ عملية التنشئة الاجتماعية وهنا يتعرض الطفل لانماط متباينة من التنشئة الأسرية تعكس الاتجاهات الوالدية نحو تنشئة أبنائهم وسوف نشير إلى أهم هذه الأساليب:-

أساليب الرعاية الأسرية

١ - التسلط :

يتمثل هذا الأسلوب فى فرض أحد الوالدين رأيه على الطفل ويتضمن ذلك الوقوف أمام رغباته حتى لو كانت مشروعة. وقد تصل الأمور فى بعض الأحيان إلى تحديد طريقة أكله وتفوقه ودراسته وما إلى ذلك.

وقد يستخدم الوالدان فى سبيل ذلك ألوان التهديد أو الإلحاح أو الضرب أو الحرمان وغيرها. ولكن النتيجة النهائية هى فرض الرأى على الطفل سواء كان ذلك باللين أو العنف وهذا الأسلوب يؤدى بالطفل إلى تكوين شخصية مضطربة ليست لديها ثقة بالنفس وفى أوقات كثيرة تتسم بالعدوانية وتصبح مصدر قلق للمجتمع وغالبًا ما ترتكب الأخطاء فى غياب السلطة.

٢ - الطاعة والانقياد:

هاتان السمتان تعتبران بحق المولدتين للشخصية السوية أو المضطربة فالطاعة والانقياد بتشدد واستبداد تولدان الشذوذ والانحراف والمرض. أما الطاعة الانقياد بحكمة وتفهم لخصائص الطفل الفردية واحترام رغباته وميوله وسمات شخصيته تولدان الإنسان السوى.

٣ - الإهمال والنبذ:

وهذه المعاملة تتسم فى إهمال الطفل وعدم الإهتمام به وعدم سد احتياجاته من مأكل ومشرب وحنان من الوالدين ويعتبر هذا النمط من التربية غير مقبول لأنه يشعر الطفل بالقسوة من الوالدين. ويؤدى به الى الاضطرابات النفسية.

٤ - الحماية الزائدة (التدليل):

وفى هذا النوع تلبى جميع طلبات الطفل أى كل ما يطلب يستجاب وهذه أخطر لأنه يؤدى بالطفل إلى اللامبالاة والاعتمادية والخمول والكسل وتدنى التحصيل الدراسى وأحيانا الانحرافات السلوكية.

٥ - التوازن فى المعاملة:

أى لا إهمال ولا نبذ ولا حماية زائدة وخير الأمور الوسط أى المزج بين العقل والقلب وتوجيه النصح والإرشاد للطفل مع مراعاة المرحلة العمرية التى يمر بها

الطفل وبالتالى تكون الأسرة قد أرست أم القواعد السليمة فى تكوين شخصية سليمة وناضجة.

الأنماط الأسرية الشائعة:

ترافق الأسرة الطفل منذ ولادته، ومن خلال التنشئة والرعاية التى تهدف إلى تثبيت السمات الجوهرية المكونة لشخصية الطفل، وتأمين من استمراريته ومساعدته على اكتشاف ذاته ككيان مستقل ومرتبط وفى الوقت نفسه تحاول أن تربطه ارتباطا وثيقًا وفاعلا بالمجتمع الذى ينتمى إليه.

النمط الأول ويعطى الأهمية المطلقة للرابط البيولوجى الدموى ويسمى الأسرة النووية، التى تجمع الأب والأم والأطفال الذين يعيشون فى جو من الترابط والتناغم العاطفى، فإذا كانت هذه الروابط قوية ومتينة تماسك أفرادها مما يعطيها المزيد من القوة ويمنحها المزيد من التناغم أما إذا انفجرت النواة الأسرية وتشتت أفرادها وانحرفت عن المجتمع فتكون الاسرة بذلك قد أخفقت فى أهدافها التربوية.

أما النمط الثانى فيولى الروابط الثقافية والاجتماعية أهمية تتعدى الأهمية المعطاة للروابط البيولوجية، بحيث تترجم القرابة وصلات القربى عبر نظام من العلاقات يدرك على مستوى الأدوار المنسوبة لكل عضو من أعضاء المجتمع. وهى ما يطلق عليها بالأسرة الممتدة والتى تجمع الأم والأب والأطفال والجد والجدة والأسرة المركبة وهى التى تجمع الزوج وعدد من الزوجات والأبناء.

الخلاصة:

هذه الأساليب تختلف من أسرة إلى أسرة فالأسرة هى التى تحدد سلوك الطفل الذى يتعامل به مع البيئة المحيطة فالطفل يتعلم من خلال الأسرة النماذج الأولية لمختلف الاتجاهات. وفى المناخ الاسرى توضع بذور الحب والكره والغيرة والإيثار والتنافس والتعاون وباختصار تتكون الدعائم الأولى لشخصيته.

إن التفاعل بين الوالدين والأبناء وما ينشأ بينهم من علاقات وأساليب للتعامل تعتبر عاملا مهمًا فى تشكيل شخصية الطفل ونموها، حيث تختلف شخصية الفرد الذى تنشأ فى بيئة تتسم بالصرامة والنظام الدقيق الذى يتسم بالقسوة فإذا ما نشأ الطفل فى بيئة تتسم بالحب والثقة تحول هذا الحب الى أن الطفل يحب الناس ويثق فيهم على عكس الفرد الذى نشأ فى جو ملىء بالحرمان من الحب والشعور بالرفض والذى سيكون أنانيًا وعدوانيًا لا يعرف الحب وليس لديه أى ثقة فى الآخرين.

العوامل التى تؤدى إلى اضطراب علاقات الأسرة ذات الطفل المعوق:

١ - خوف الآباء على أطفالهم العاديين من تقليدهم العفوى لسلوكيات الطفل فيعوق الذى يعيش معهم فى نطاق الأسرة، مما يؤثر على سلوكياتهم بشكل عام.

٢ - خوف الأطفال العاديين وقلقهم بسبب اعتقادهم بأنهم سوف يصابون بما أصيب به الطفل المعوق الذى يخالطونه فى نطاق الأسرة.

٣ - خوف المراهقين والمراهقات الذين نشأوا فى أسرة بها طفل معوق وقلقهم بسبب تفكيرهم فى أنهم سينجبون أطفالاً معوقين بعد زواجهم، وأنهم سيصبحون آباء لأطفال معوقين مثل آبائهم.

زيادة انفعالات الغضب وحدته عند الأطفال العاديين الذين يخالطون؟؟المعوق بحكم الأخوة بينهم فى نطاق الأسرة، وصب هذا الغضب على آبائهم لاعتقادهم بأنهم السبب فى جلبهم إلى الحياة، مما تسبب فى تعاستهم وشقائهم.

٥ - الإحساس بعقدة الذنب عند الأطفال العاديين الذين يخالطون الطفل المعوق فى الأسرة بسبب كرههم له، وحقدهم له، وإحجامهم عن مساعدته فى التغلب على مشكلاته الناتجة عن إعاقته، ويتأكد الإحساس بعقدة الذنب عند الأطفال العاديين عندما يكون أنهم أساءوا إلى آبائهم بلا مبرر فى أمر

خارج عن إرادتهم، وعندما يشعرون بأن كرههم للطفل المعوق، وحقدهم عليه كان لأمر ما، لا دخل لهم فيه، وعندما يجدون أنفسهم عاجزين تمامًا عن تقديم أية مساعدة له تعينه على حل مشكلاته.

أهم النصائح والتوجيهات التربوية للأسرة

١ - محاولة جلوس الأسرة على مائدة واحدة على الأقل مرة واحدة يوميًا للتقارب والتفاهم ومحاولة اكتشاف أخطاء الأبناء أولا بأول.

٢ - تفعيل الدور التربوى والأخلاقى للأسرة والتركيز على أن يكون الوالدان قدوة لأبنائهما.

٣ - البعد عن العقاب البدنى للأبناء حتى لا تنمى فيهم عدم الإحساس والتبلد وعدم تحمل المسئولية.

٤ - نزول الوالدين إلى سن الطفل ومشاركته ممارسة الأنشطة مع الأخذ فى الاعتبار عاملى النضج والخبرة.

٥ - التشجيع الدائم للأبناء ومحاولة محاسبة الأبناء على الأخطاء بعيدًا عن الآخرين ومدحهم فى الاعمال الطيبة أمام الآخرين وتقديم الهدايات والمكافآت.

٦ - تشجيع الأبناء على الفطام النفسى وتعويد الطفل الاعتماد على النفس فى حدود المرحلة العمرية وحدود قدراته ومكاناته البدنية والعقلية.

٧ - تشجيع الأبناء فى الاختيارات الشخصية كالهوايات واختيار الملابس.

٨ - عدم السخرية والتهديد بالعقاب الدائم للأبناء إذا أخفقوا فى الدراسة.

٩ - عدم إظهار الخلافات الاسرية الزواجية أمام الأبناء حتى لا يصاب الأبناء بالاضطرابات النفسية.

١٠ - الصبر الجميل فى تربية الأبناء وتحمل ما يحدث منهم من عناد أو عصيان والدعاء بصلاحيتهم وتوفيقهم ومحاولة الوقوف على أسباب هذه المشكلات وعلاجها.

ولكن يجب أن يتفهم الآباء مبدأين مهمين أثناء أداء دورهم:

١ - الخطأ فى السلوك أمر وارد وطبيعى فى مراحل الطفولة.

٢ - إن النظام عملية تعلم، وليس أسلوبًا عقابيًا، فسوء السلوك لا يعنى بالضرورة أن الطفل سيئ، فالطفل فى السابعة من عمره يرفض أن يغسل أسنانه، ويمارس نوعًا من إثبات ذاته، واتخاذ القرار، ويمكن حل هذه المشكلة بمساعدة الطفل الكفيف فى قرارات الأسرة، والتواصل معهم، ووضع سلوكيات معينة، والاستجابة له؛ لأنه ساهم فى وضعها.

خامسًا: المشكلات النفسية للأطفال:

- نعنى بالمشكلات النفسية كل ما من شأنه أن يجعل الطفل مضطربًا، ويفقد ثقته بنفسه، وأن يسلك السلوك غير المرغوب اجتماعيًا أى الذى يتنافى مع العرف والعادات والتقاليد والقيم السائدة فى المجتمع، ويعد القلق ظاهرة شائعة لدى الأطفال وينمو كمكون اساسى من المكونات الانفعالية الدافعة فى بناء الشخصية وتعتبر الطفولة هى المرحلة العمرية التى يتطور وينمو فيها القلق بشكل ملحوظ لأن القلق يتأثر بعوامل بيئية لأسباب اجتماعية ونفسية لدى الاطفال، فالعلاقة السلبية بين الآباء والأبناء أثناء مرحلة الطفولة تعمل على تطور أعراض القلق خاصة العنف الذى يمارس ضد الاطفال يكون أكثر ارتباطًا لدى الاطفال الذين لديهم مستوى مرتفع عن البعض.

وقد يكون مصدر القلق هو عدم الإحساس بالأمن لدى الطفل حيث يتعرض للإحساس بالعنف والمحن نتيجة لوجود عوامل قد تكون عائق لتقدم صفاء الجو الأسرى بين والديهم وكثرة المشاحنات فيما بينهم، فيفقد الطفل إحساسه بالأمن الذى يستمده من الوالدين والذى يعتبر مصدرًا للحب والمثل العليا فى حياته وبالتالى تهتز القيم بنفسه وينعكس ذلك على سلوكه فى شبابه.

إن سوء معاملة الطفل وإهماله يؤدى إلى شعور الطفل بالقلق الدائم وعدم الاستقرار النفسى والتوتر والأزمات والمتاعب والصدمات النفسية والشعور بالذنب والخوف من العقاب فضلا عن الشعور بالعجز والنقص والصراع الداخلى.

الطفل خلال مراحل نموه يخضع للعوامل الاجتماعية المحيطة به - خاصة الأسرة - التى تنشأ فيها والتى يتعلم فيها أول أساليبه السلوكية منذ أن كان جنينًا فى بطن أمه.

وإذا كانت الأسرة إحدى الركائز الأساسية فى عملية التنشئة الاجتماعية

للطفل، فإن هناك الجماعات التى ينتمى إليها الطفل عبر مراحل نموه، وأيضًا المؤسسات الاجتماعية الممثلة للمجتمع كالمدرسة وغيرها من مؤسسات تعليمية أو تربوية (كالمسجد والكنيسة)، أو ثقافية أو رياضية، فهى تعمل على تهذيب سلوك الطفل لكى يعيش فى المجتمع بالأساليب السلوكية التى يحددها، إذن فهى عملية انتقائية لأنماط محددة من السلوك وفقًا لمعايير سائدة، فهى تدعم وتعزز لديه الأنماط السلوكية المرغوبة، وتختزل لديه الأنماط غير المرغوبة من وجهة نظر الأسرة الممثلة للمجتمع والثقافة العامة.

فالطفل يولد وهو لا يعرف القيم أو النظام الذى سيكون عليه فى حياته، وكل طفل فى حاجة إلى تعلم القيم والنظام السائد فى المجتمع؛ لأن النظام الصالح يحقق للطفل الشعور بالطمأنينة والثقة بالنفس، ويوضح له حدود الخير والشر وحدود الحرية والفوضى، أى أن النظام يحدد للطفل السلوك المرغوب اجتماعيًا فى البيئة التى يعيش فيها وأن لكل بيئة أسرية ضوابط ومعايير سلوكية خاصة بها، وقد تختلف الأسر عن بعضها البعض فى التقيد والالتزام فى موقف الأسرة ذاتها فى سلوك ما من حين لآخر، فيكون ذلك السلوك مقبولاً فى مرحلة معينة، وغير مقبول فى وقت آخر، ولكن مع الأخذ فى الاعتبار القيم السائدة فى المجتمع، ولا يتعارض مع الثقافة العامة، ولكن يجب ألا نغالى فى النظام حتى لا يصبح صارمًا كأن يغالى الآباء والأمهات أو القائمين على رعاية الطفل فى تأكيد العادات والتقاليد السائدة أو معاملة الطفل وكأنه رجل صغير أو معاملة الطفلة وكأنها امرأة صغيرة، فهذه المغالاة تؤدى إلى عكس النتيجة المرجوة.

ويجب ألا نتهاون حتى لا يعيش الطفل فى فوضى لا يدرى حقيقتها، كأن يطلق له العنان فى الحرية، ويتصرف وفق هواه، ويفعل كل ما يريد أو ما يشاء؛ لأن هذا السلوك يؤدى بالطفل إلى الخروج على القيم والعادات والتقاليد لبيئة الطفل، وبذلك يكون سلوك الطفل شاذًا، ويظهر هذا الشذوذ عندما يتصل الطفل بالعالم

الخارجى من قريب أو بعيد، ويجد نفسه غير قادر على التكيف مع الآخرين نتيجة سلوكه غير المرغوب، مما يجعله مضطربًا، ويفقد الثقة بمن حوله، ولا يستطيع التعبير عما يدور بداخله للخروج من هذه الأزمة.

إن إخفاق الطفل فى التعبير عما يدور بداخله يجعل مسألة فهم معاناته الداخلية مهمة صعبة تتطلب خلفية ثقافية وعلمية واسعة، كما أن أساليب التغلب على المشكلة أو الاضطراب تشترط إدراك المريض وتعاونه ورغبته فى تحرير نفسه مما أصابها، وهذا لا نجده فى عالم الأطفال الذى يتميز بالغموض؛ لعدم قدرتهم على الفهم والإدراك - خاصة فى الطفولة المبكرة - فمثلاً حالة الخوف لا يعلن عنها الطفل بشكل صريح أو مباشر ولكن يعلن عنها بشكل غامض أو بطريقة غير مباشرة أو غير مألوفة لدى القائمين على رعايته، كالعزلة والصمت أو الابتعاد عن الأصدقاء أو رفاق اللعب، أو الإفراط فى النوم، وأحيانًا الامتناع عن الأكل أو البكاء بلا مبرر.

إن فشل الطفل فى مواكبة الاعتبارات السلوكية السائدة فى المجتمع، والذى يجعل سلوكه مضطربًا غالبًا ما يكون نتيجة فشل الأسرة فى إرساء السلوكيات الإيجابية لدى الطفل؛ لذا نقول :

"لا يوجد طفل مضطرب ... بل توجد أسرة مضطربة"

إذن .. فسلوك الطفل السوى مؤشر مفيد لقدرته على التوافق مع البيئة المحيطة، كما أنه مؤشر مفيد لقدرة الأسرة على تهذيب سلوك الطفل وإكسابه السلوك المرغوب اجتماعيًا.

لذا يجب أن يكون هناك توازن فى رعاية الأطفال لا يصل إلى حد الصرامة أو حد التهاون، وإنما خير الأمور الوسط حتى يتحقق التوافق النفسى والاجتماعى ويقل الصراع داخل الأسرة.

كيف تكتشف الأسرة سلوك الطفل المشكل، ومتى يحتاج إلى علاج؟

قد يلجأ الوالدان لطلب استشارة نفسية عاجلة لسلوك طفله ويعتقد الوالدان أن طفلهم غير طبيعى، إما لجهلة بطبيعة المرحلة العمرية للطفل أو لشدة الحرص على سلامة الطفل وخوفًا عليه من الأمراض والاضطرابات النفسية خاصة إذا كان المولود الأول.

وقد يكون الطفل سلوكه عاديًا وطبيعيًا تبعا للمرحلة التى يمر بها لذا من المهم جدًا أن نتعرف متى يكون سلوك الطفل طبيعيًا أو مرضيًا إذا لوحظ الآتى:-

١ - تكرار المشكلة : لا بد أن يتكرر السلوك الذى يعتقده الوالدان غير طبيعى أكثر من مرة فظهور سلوك شاذ من الطفل مرة أو مرتين أو ثلاث لا يدل على وجود مشكلة عند الطفل لأنه قد يكون سلوكًا عارضًا يختفى تلقائيًا أو بجهد من الطفل أو والديه.

٢ - إعاقة هذا السلوك لنمو الطفل الجسمى والنفسى والاجتماعى أى يؤدى إلى اختلاف سلوكه ومشاعره عن سلوك ومشاعر من هم فى سنه.

٣ - أن تعمل المشكلة على الحد من كفاءة الطفل فى التحصيل الدراسى اكتساب الخبرات وتعوقه هذه المشكلة عن التعليم.

٤ - عندما تعوق الطفل عن الاستمتاع بالحياة مع نفسه ومع الآخرين وتؤدى لشعوره بالكآبة وضعف قدرته على تكوين علاقات جيدة مع والديه وإخوته وأصدقائه ومدرسيه.

أهمية علاج مشكلات الطفولة:

نظرًا لأهمية الطفولة كحجر أساس لبناء شخصية الإنسان مستقبلا، فقد أدرك علماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الطفل وعلاجها فى سن مبكرة قبل أن تؤدى لانحرافات سلوكية / نفسية وضعف فى الصحة النفسية فى مراحل العمر التالية.

وقد تبين من دراسة الباحثين فى الشخصية وعلم نفس النمو أن التوافق النفسى للإنسان فى المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه فى الطفولة.

كما أن نتائج الدراسات فى مجالات علم النفس المرضى وعلم النفس الشواذ أوضحت دور مشكلات الطفولة فى نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية فى مراحل المراهقة والرشد.

وسوف نشير إلى بعض المشكلات أو الاضطرابات النفسية بإيجاز، ومنها:

١- الكذب

ونعنى به عدم الصدق، أى تجنب الحقيقة والتحدث بما هو زور وبهتان، أى اختلاق وقائع وأحداث لم تحدث من قبل، وهنا يميل المتحدث إلى أسلوب الغش والتدليس والتحريف والتأويل والمراوغة، وهذا السلوك غير مرغوب اجتماعيًا، ويترتب عليه العديد من سلوكياته بالخيانة والسرقة، وتدنى العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وهذه عادة مكتسبة ولا تمت إلى الوراثة بصلة، ولا تنطوى تحت الطبائع والميول والاتجاهات التى تستمد من العوامل الوراثية.

أسباب الكذب:

العوامل الأسرية : افتقاد القدوة الحسنة من الأب والأم عند ممارستهم لا سلوب الكذب فى تعاملاتهم اليومية أو تعدد السلطة الوالدية على الطفل (الوالدين - الجد والجدة - الحضانة والمدرسة) ما بين القسوة والإهمال والحماية الزائدة ومحاولة الطفل التوافق مع هذه السلطات بالكذب.

علاج الكذب:

١ - غرس القيم الدينية لدى الأطفال.

٢ - توافر القدوة الحسنة للطفل فى ممارسة السلوك.

٣ - عدم معاقبة الطفل على الكذب ولكن بتوجيه الطفل من أن الاعتراف بالخطأ ليس عيبًا ولكن الإصرار على الخطأ والكذب هو العيب وإن كان هناك عقاب فيكون العقاب معنويًا لا بدنيًا.

٤ - إثابة الطفل على صدقه فى بعض المواقف فذلك سيعطيه دافعًا أن يكون صادقًا دائمًا وإشعاره بثقتنا فيه وفى كلامه، واحترامنا وتقديرنا له.

٥ - توجيه الطفل فى اختيار أصدقائه وأن نوضح له مميزات الصديق الطيب والمؤمن والصديق السوء الذى يدفع بصاحبه ليس إلى الكذب فقط وإنما إلى كل السلوكيات غير السوية.

٢-السرقة

ونعنى بالسرقة امتلاك الشخص أو حصوله على شىء ليس من حقه، أو تضليل الآخرين وخداعهم والاستيلاء على ممتلكاتهم بالتزييف أو الغش أو الخداع.

والسرقة سلوك اجتماعى يكتسبه الطفل من البيئة التى يعيش فيها عن طريق التعليم، فالطفل أو الشخص الذى لم يتعلم التفريق بين خصوصياته وخصوصيات الغير، أو بين ملكيته وملكية الآخرين يفتقد التفريق بين حقوقه وحقوق الغير، والسرقة فى عمل مكتسب وإن كان لها فى الوقت نفسه أساس غريزى مركب فى النفس كأن يكون الشخص لديه ميول إلى التملك والاستمتاع بالقوة كالسرقة المرضية.

ولا شك أن الأطفال الذين يجدون مجالاً فى نطاق الأسرة للسرقة، فإنهم يحملون فى نفوسهم بذور الشر والجريمة فتكبر معهم وتلازمهم وتقودهم إلى نهاية لا تحمد عقباها.

أسباب السرقة :

١ - عوامل التنشئة الأسرية : خاصة إذا كان الطفل يتمتع بحماية زائدة وأن كل ما يطلب يستجاب وفى لحظة ما أصبحت الأسرة غير قادرة على تلبية مطالب الطفل، أو عدم تعويد الطفل على احترام ملكية الآخرين، أو التغاضى عن سلوك الطفل عند استحواذه على ممتلكات أخوته أو زملائه فى المدرسة. أو التفكك الأسرى الذى يقود الطفل إلى التسرب من التعليم والخروج إلى الشارع لينظم إلى فئة أطفال الشوارع التى تتميز بكل الانحرافات السلوكية.

٢ - افتقاد القدوة الحسنة : كان تقدم الأم بسرقة بعض المبالغ من الأب دون علمه أو العكس صحيح أو رؤيته لوالده أو والدته لإخفاء بعض الأشياء أثناء الشراء وعدم دفع ثمنها.

٣ - جماعة الأقران السواء: أى صداقته لأطفال من بيئات إجرامية ومفاخرتهم أمامه بهذه السرقة مما يجعله يقلدهم ويحاكيهم فى هذا السلوك الخاطئ.

٤ - العوامل الثقافية : وأهمها وسائل الإعلام المرئية المسموعة والمقروءة وما تعره من سلبيات خاصة عند عرض بعض الأفلام العربية أو الاجنبية التى تدور حول عمليات السرقة وأساليبها ونظرًا لغياب دور الأسرة فى توجيه الطفل فى البعد عن هذه الأساليب التى تؤدى إلى ما لا يحمد عقباه نجد بعض الأطفال يقومون بتقليد هذه الأفلام لممارسة السرقة.

علاج السرقة :

١ - غرس القيم الدينية لدى الأطفال وتعميق الوعى الدينى.

٢ - عدم التجاهل لسلوك الطفل فى السرقة وردع الطفل حتى لو كان الأمر

صغيرًا لأن معظم النار من مستصغر الشرر ومن شب على شيء شاب عليه ولكن بدون إذلال للطفل أو توبيخه وإنما يجب توضيح الأمر للطفل بما يتناسب مع نضجه وقدراته العقلية، وأن ما حدث لم يكن هو السلوك المعتاد.

٣ - مشاركة الأطفال فى اختيار المواد الإعلامية التى يشاهدونها أو يقرؤونها ويجب أن يعطى الوالدين جزء من وقتهما لهذا الطفل حتى لا يندما بعد ذلك.

٤ - تعويد الطفل على السلوك المتزن داخل البيت وخارجه.

٥ - القدوة الحسنة فى البيت وعدم التناقض ما بين السلوك والرأى.

٣- الغيرة

هى حالة انفعال يشعر بها الطفل، تدفعه إلى فعل سلوك سلبى أو ارتكاب حماقة فى صورة غيظ من نفسه أو من المحيطين به، وهى انفعال مركب من حب تملك وشعور بالغضب قد يكون مردها إلى الأنانية، فالصغير في طفولته المبكرة دائم اللجوء إلى تحقيق رغباته الخاصة حتى لو كان هذا على حساب الآخرين، ونراه دائمًا يخص نفسه بكل ما يريد، وبما يريد غيره ويستأثر هو به دونه، وينشأ عندئذ الصراع.

ويجب أن نفرق بين الغيرة والحسد والمنافسة، فالحسد .. رغبة فى امتلاك ما لدى الغير، أو الحظوة بامتيازات يتمتع بها الغير مع تمنى زوال الشىء المرغوب فيه من لدى الغير.

أما المنافسة .. فهى سلوك إيجابى يدفع إلى التفوق والنجاح والإنجاز، وإلى بذل الجهد لتحقيق المزيد من النجاحات.

أما الغيرة.. فهى ألم نفسى ومعاناة نتيجة منافسة حقيقية بغية الفوز أو السيطرة أو حب التملك، وكل الناس على حظ ولو ضئيل من الغيرة، ولولا ذلك ما

تم التنافس بين الأفراد والجماعات ولكن إذا زاد حد الغيرة عما هو مألوف أصبح مصدر شقاء وتعاسة.

أسباب الغيرة:

١ - العوامل الأسرية : وتبدأ هذه الغيرة عندما تتعلق الطفلة بوالدها أو يتعلق الطفل بأمه وإغفال بعض الأسر من نوم بعض الأطفال معهم فى حجرة واحدة ومشاهدتهم لما يحدث بين الوالدين من مغازلة أو معاشرة زوجية. أو إغداق بعض الاطفال بالحنان والرعاية دون الآخرين أمام إخوتهم خاصة الأطفال المعوقين أو العكس أو تفضيل الطفل الأكبر عن الأصغر أو العكس أو تفضيل الولد الذكر عن أخته. أو قدوم طفل جديد فى الأسرة وعدم تهيئة الطفل الأكبر لاستقبال المولود الجديد. أو التفاخر بطفل دون الآخر أمام الأقارب سواء فى التفوق أو الجمال أو الصحة والمرض ومن الحالات الناتجة عن وقوع الطفل فى الغيرة الأخوية لجؤوه للاوعى أى العودة بذاته إلى مراحل طفولته السابقة التى كان قد تخطاها من قبل، وذلك فى محاولة الهروب من الواقع الحاضر والعودة إلى عالم خال من المأساة التى وجد نفسه فيها، حيث لم يكن لديه منافس على قلب أهله، وهناك بعض الظواهر الدالة على ذلك ومن أهمها:

- عض الأصابع وقضم الأظافر.
- التخلى عن النظافة - الامتناع عن الأكل.
- رفض الذهاب إلى المدرسة.
- التعدى على ملكية الغير (السرقة).

وهذه السلوكيات التى يسلكها الطفل يحاول لفت انتباه أسرته بالعودة إلى حالة الطفولة الأولى بكل ما تميزت به من إشباع لنزواته وغرائزه التى كانت ممتعة بسجيتها.

علاج الغيرة:

١ - تهيئة الطفل نفسيًا على تقبل المولود الجديد ومحاولة إشراكه فى رعايته.

٢ - عدم إبعاد الطفل فترة كبيرة عن البيت لقدوم طفل جديد.

٣ - تعويد الطفل على التفاعل الاجتماعى داخل الأسرة وخارجها ومشاركة الآخرين فى أنشطتهم.

٤ - تعويد الطفل على المنافسة الشريفة بروح رياضية تجاه الآخرين.

٥ - عدم توبيخ الطفل خاصة عندما يظهر شعور الغيرة من جانبه تجاه الآخرين.

٦ - عدم المبالغة فى منح الطفل امتيازات خاصة حتى يقلع عن هذا السلوك وإنما يجب الاعتدال.

٧ - عدم المقارنة بين الأطفال بعضهم البعض أو الإقلال من قدراتهم أو تحصيلهم.

٨ - مواجهة مشاكل الأطفال بلغة هادئة بعيدة عن الانفعال حتى تتضح الرؤية أمام الطفل ويتجنب هذا السلوك.

٤- التخريب

من اضطرابات السلوك الشائعة لدى الأطفال السلوك التخريبى، والذى يتمثل ظاهريًا فى رغبة الأطفال التدمير وإتلاف مقتنيات الأسرة أو الممتلكات الخاصة بالآخرين سواء العامة أو الخاصة، ويجب أن نسير إلى أنه ليس كل سلوك للطفل فى إتلاف شىء يكون تخريبيًا؛ لأن الطفل لديه حب استطلاع، وهذا الأمر لا يمكن إغفاله فى سلوكه، ونادرًا ما نجد طفلاً مدمرًا أو مخربًا عن عمد، ولكن قد يقع التخريب أثناء محاولة الطفل إشباع رغباته بحب الاستطلاع والتعرف على ما هو مجهول بالنسبة له فى هذا الشىء، أو تحقيق فكرة طرأت على ذهنه دون أن يكون وراء هذا العمل أى خبث أو سوء نية، ولكن الأمر يبدو أمامنا على المستوى

الظاهر يعد تخريبًا، ولكن الأمر غير ذلك خاصة أن الطفل لديه رغبة في التعرف على كل ما هو جديد وغريب بالنسبة له، وهذه الرغبة قد تدفع الطفل إلى العبث باللعبة مثلاً وتفكيكها وتحليلها إلى أجزاء، ثم محاولة إعادة تركيبها مرة أخرى، ولكنه قد يفشل في إعادتها دون قصد نظرًا لضعف تآزره الحركى وعدم قدرته على السيطرة والتحكم فيما يتناوله بين يديه من أشياء؛ لذا يجب أن نفرق بين مايتناوله الطفل بقصد التعرف أو التعلم وبين ما يتناوله بقصد الإتلاف أو التخريب.

أسباب التخريب:

العوامل الأسرية : عدم اهتمام الوالدين فى إشباع رغبة الطفل فى التعرف وحب الاستطلاع على كل ما هو جديد (كأن يشترى الأم أو الأب لعبة لطفلهما ولم يجد الوقت الكافى للجلوس معه للتعرف على هذه اللعبة واستخدامها مما يدفع الطفل إلى تفكيك هذه اللعبة لاكتشاف ما هو جديد مما يعتبره الوالدن تخريبًا).

عدم اهتمام الوالدين بتوظيف النشاط الزائد لبعض الأطفال خاصة أصحاب العقول الضعيفة.

- شعور الطفل بالدونية نتيجة الاهتمام بالإخوة الآخرين أو المولود الجديد.
- المبالغة فى عقاب الطفل.

علاج التخريب :

١ - شراء لعبة تتناسب مع قدرات الطفل العقلية وميوله واستعداداته.

٢ - اهتمام الوالدين بشرح اللعبة الجديدة للطفل وطريقة استخدامها وكيفية اللعب بها حتى لا يفكر فى فكها بدافع الاستطلاع وبالتالى لا يستطيع تجميعها ونكون قد حكمنا عليه بالتخريب.

٣ - توفير أماكن للطفل لكى يمارس نشاطه فى اللعب.

٤ - منح الطفل الثقة بالنفس والتأكيد على أهمية الطفل فى الأسرة.

٥ - القدوة الحسنة فى الأسرة من عدم ممارسة الأب أو الأم لتخريب وإتلاف الأدوات المنزلية فى أثناء المشاكل الزوجية.

٦ - إشباع حاجات الطفل النفسية حتى لا يلجأ إلى أسلوب التخريب لإثبات ذاته.

٥- التبول اللاإرادى

وهو أكثر الاضطرابات شيوعًا لدى الأطفال، ويظهر فى عدم قدرة الطفل على ضبط الجهاز البولى كأن يتحكم فى إفراغ المثانة عند أزمنة محددة، أى انسكاب البول لا إراديًا ليلاً أو نهارًا، أو ليلاً ونهارًا معًا لدى طفل تجاوز عمره ٣ - ٤ سنوات، وهى السن التى يتوقع عندها التحكم دون أن يكون هناك سبب عضوى خلف ذلك.

وقد أشار كثير من الباحثين إلى أن ٨٥٪ من الأطفال يمكنهم السيطرة التامة على المثانة فى حدود الخامسة، وأن ٩٧٪ من الأطفال يمكنهم السيطرة أيضًا فى سن العاشرة إلا أن هذا التبول اللاإرادى قد يستمر فى مرحلة المراهقة وربما في مرحلة الشباب لدى ١٪ تقريبًا ممن كان لديهم هذا الاضطراب فى الطفولة.

أسباب التبول اللاارادى:

هناك أسباب عضوية لذا ننصح بعرض الطفل على طبيب متخصص لمعرفة الأسباب العضوية وتشخيصها وعلاجها وفى حالة عدم وجود أسباب عضوية تكون الأسباب هنا أسباب نفسية ومن هذه الأسباب:

١ - العوامل الأسرية : افتقاد الأم لخبرة ضبط الإخراج خاصة المولود الأول وعدم متابعة الطفل ورشاده للأسلوب الامثل أو المبالغة فى عملية ضبط الإخراج واتباع أسلوب القسوة مع الطفل أو المبالغة فى التسامح والتساهل أو الصمت عندما يحدث التبول اللا إرادى من الطفل.

٢ - الخلافات الاسرية والصراع بين الزوج والزوجة واستخدام العنف بين الزوجين مما يصيب الطفل بالخوف والقلق والتوتر. أو شعور الطفل بالحرمان العاطفى وعدم الاهتمام لوجوده مع زوجة الأب أو وجوده مع زوج الأم.

٣ - المبالغة فى العقاب البدنى للطفل على أتفه الاسباب مما يؤدى إلى تبلد الإحساس لدى الطفل.

٤ - الخوف من الظلام أو القصص المزعجة أو من الحيوانات أو مشاهدة أفلام العنف أو الرعب.

٥ - قد يكشف التبول اللا إرادى عن إصابة الطفل بالصرع.

٦ - تفضيل الوالدين أحد الأبناء على الآخرين أو تفضيل الولد على البنت فيكون التبول هو أحد طرق التعبير عن السخط والانتقام.

علاج التبول اللا إرادى :

١ - الفحص الطبى الدقيق حتى نستبعد الأسباب العضوية للتبول اللا إرادى كلما أمكن، وفى إهمال هذا التحذير خطر جسيم، لأن علاج الطفل المصاب فى جهازه البولى بمرض قد يسبب التبول اللاإرادى ظنًا منا أن السبب فى ذلك هو الإخفاق في تدريب الطفل على العادات الصحيحة إنما هو كارثة فى حق الطفل لأن ذلك يحرم الطفل من العلاج الطبى والجراحى الذى يخفف عنه، وقد يؤدى ذلك إلى تعريض حياته للخطر، ومن الخطأ مطالبة الطفل أن يقاوم أمرًا فوق قدرته؛ لأن هناك كثيرًا من الحالات العضوية التى تسبب التبول اللا إرادى منها التهاب المثانة البولية أو الكلى أو ؟؟؟ أو وجود حصوات بولية أو حموضة البول العالية أو مرض البول السكرى أو حالات التهاب المستقيم والإمساك وسوء الهضم وديدان الشرج مما يعجز الطفل عن احتمالها أو السيطرة عليها أو فقر الدم وسوء التغذية واضطراب الجهاز

العصبى ومثل هذه الحالات يتحسن فيها التبول اللا إرادى بمجرد علاج السبب.

٢ - عدم عقاب الطفل أو تقريعه أو توبيخه على تبوله فى فراشه حتى لا تتفاقم حالته.

٣ - التعرف على الأسباب التى أدت إلى جعل الطفل لا يتحكم فى عملية الإخراج فى الوقت المناسب.

٤ - تهيئة البيئة المنزلية لأن تكون خالية من المشاحنات والشجار وأن يسودها الحب والوئام.

٥ - الحد من التدليل الزائد للطفل ومحاولة اعتماده على نفسه حتى يتعود كيف يواجه الأمور ويتصرف فى حلها.

٦ - عدم إعطاء الطفل سوائل كثيرة قبل النوم.

٧ - تعويد الطفل تفريغ المثانة قبل النوم مباشرة.

٨ - إيقاظ الطفل قبل عملية التبول اللا إرادى بأى وسيلة للتنبيه سواء الإيقاظ المباشر عن طريق أحد الوالدين أو المربية أو جرس إنذار معد لذلك.

٩ - يجب أن يكون طعام الطفل بسيطًا خفيفًا وان تمنع عنه الأطعمة الكثيرة التوابل منعًا باتًا.

١٠ - أن نشعر الطفل بأنه قادر على التغلب على هذه المشكلة وأنها مع الوقت ستزول حتى يزيد حماسه.

١١ - مكافأة الطفل عند ضبط إخراجه وعدم معاقبته عندما يبل نفسه أو فراشه.

٦- الخــوف

وهو من المشكلات الشائعة لدى الأطفال، والخوف من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات والحياة لدى الكائنات الحية.

ومظاهر الخوف كثيرة ومتعددة لدى الإنسان، ولكن قد تختلف من إنسان إلى آخر تبعًا لظروف البيئة المحيطة والمرحلة العمرية وترتيب الطفل فى الميلاد، فالطفل الأول أكثر خوفًا من الطفل الثانى والثالث، وهكذا.

فالخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية، وهو مكتسب من البيئة، وهو شعور داخلى وسلوك يتعلمه الطفل من عوامل التنشئة التى مر بها، والإنسان أكثر قدرة على مواجهة الخوف وأكثر قدرة على التحكم فى انفعالاته، ولكن إذا زادت درجة الخوف عن الحد المعقول بحيث تتعذر السيطرة عليه أصبح الإنسان عرضة لبعض الاضطرابات النفسية.

أسباب الخوف :

١ - العوامل الاسرية : خاصة عندما يلجأ الآباء أو الأمهات لإقناع الطفل أو إجباره على فعل عمل معين كالمذاكرة أو الحد من نشاطه الزائد داخل المنزل. كأن يقال سوف أحضر لك الغول أو العسكرى أو الأسد ليأكلك إن لم تفعل هذا .. ونسى الأب أو الأم أن هذا الكلام يقود الطفل إلى فقد الثقة بالنفس والتوتر المستمر مما يجعل الطفل يكتسب عادة الخوف.

٢ - التقليد العفوى اللاشعورى لسلوك الأب أو الأم أو المعلمة عندما تصرخ أمامه عند مشاهدتها لإحدى الحشرات أو القطط مما يثير انتباه الطفل ويجعله فى حالة توتر أو خوف.

٣ - القسوة فى التعامل مع الطفل خاصة العقاب البدنى الذى تؤدى به إلى الاضطراب النفسى كالضرب على الوجه أو القفا أو الرأس. النداء على الطفل فى انفعال الأب أو الأم (الصوت الجهرى العالى).

علاج الخوف:

١ - بث الثقة والطمأنينة فى نفس الطفل وتدريبه على مواجهة مصادر الخوف.

٢ - تفسير الشئ المخيف للطفل ومحاولة تبسيط هذا الشئ المخيف والبعد عن المبالغة والتهويل.

٣ - تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى الطفل من الشئ المخيف.

٤ - عدم تعرض الطفل للمواد الإعلامية المستفزة (كأفلام الرعب أو قصص العنف).

٥ - تعويد الطفل على التصرف والتعامل مع المثيرات البيئية برفق دون خوف كالتعامل أو التصرف مع الحيوانات أو الحشرات الطائرة أو الطيور.

٦ - تزايد سلوك الوالدين فى المنزل فى التعامل مع الأمور الطارئة التى تحدث فى الأسرة على فترات متباعدة كذبح خروف العيد ورؤية الدم أو قتل أحد الحشرات الطائرة المفاجئة داخل المنزل.

٧ - محاولة تغيير البيئة التى تحدث الخوف للأطفال كإضاءة سلم العمارة أو توفير مصدر بديل للإضاءة فى حالة انقطاع التيار الكهربائى.

٨ - فى حالة تعذر حل المشكلة اتباع العلاج السلوكى النفسى عن طريق المعالج النفسى.

٧- السلوك العدوانى

يقصد بالسلوك العدوانى كل فعل يتسم بالعداء تجاه الموضوع أو الذات، أى إلحاق الأذى لشخص من شخص آخر بهدف تحقيق السيطرة على الآخر، أو تعويضًا عن الحرمان، والسلوك العدوانى يعد استجابة طبيعية للإحباط على الرغم من أن بعض مدارس علم النفس ترى غير ذلك، منها مدرسة التحليل النفسى والعدوان يؤدى إلى التدمير.

والعدوان سلوك مكتسب من البيئة التى نشأ فيها الطفل، ويكتسب هذا السلوك عن طريق المحاكاة أو التقليد، وهذا يرجع إلى نوعية العلاقات داخل الأسرة والعوامل المؤثرة فيها، ويتميز الطفل العدوانى بالحركة الزائدة، وعدم

مراعاة القيم السائدة، وعدم مراعاة مشاعر الآخرين، ويميل للفت انتباه الآخرين، وقد يصل الأمر إلى حدوث ضوضاء وافتعال المشكلات مع الآخرين.

ويتأثر الأطفال من خلال الممارسات الاجتماعية فيتعلمون كيف يصبحون عدوانيين من خلال مشاهداتهم ومراقبتهم للعنف بين والديهم وتؤدى بهم هذه الملاحظة إلى محاولة تقليد السلوك المعروض أمامهم وتشجيعهم على تقبل السلوك العدوانى كوسيلة للتفاعل.

فالطفل يتبنى معتقدات الوالدين بأن العنف وسيلة مقبولة للتعبير عن الغضب ولضبط سلوك الآخرين، وحتى فى الاستجابة للضغوط أى أن الأطفال يقلدون أنماط حل المشكلات المعروضة أمامهم، وقد يعجز مثل هؤلاء عن تعلم مهارات فعالة لحل الخلافات بدون عنف نتيجة افتقارهم لنماذج والديه ملائمة.

ومن أثار العنف ضد الأطفال تتمثل فى : تأخر النمو والنطق والكلام والاستيعاب اللفظى وتأخر نمو الذكاء وضعف التركيز والتسرب من المدارس وتدنى التحصيل الدراسى والعدوان المضاد وتخريب الممتلكات العامة والهروب من المنزل والجنوح والعزلة وضعف الثقة بالنفس والقلق والشعور بالذنب والخجل والتبول اللاإرادى واضطراب النوم والكوابيس وانخفاض وزن المواليد.

أسباب السلوك العدوانى:

١ - العوامل الأسرية خاصة عندما يتعرض الطفل لضغوط نفسية نتيجة لعدم إشباع رغباته بعد خاصة عندما يمر الطفل بتمدد السلطات الوالديه (الأب والأم) الجد والجدة - دور الحضانة) على الطفل ولم تلب هذه السلطات رغبات الطفل أو وجود صراع داخل الطفل لتعلقه بأحد أنماط السلطة (الجد أو الجدة) ومحاولة الأب والأم نزع الطفل إليهما بالقوة وقهره وعدم سد احتياجاته التى تؤدى به إلى الشعور بالفشل والحرمان نتيجة للقهر والعنف الذى يتعرض له الطفل من قبل والديه.

٢ - الحماية الزائدة للطفل والتى تودى به إلى الكسل والخمول والاعتماد على الغير وأن كل ما يطلب يستجاب فى حالة حرمان يظهر لديه السلوك العدوانى.

٣ - التفكك الأسرى وانشغال الوالدين والانانية المفرطة لكلا منهما وعدم الاهتمام برعاية الطفل وتربيته ولجوئه إلى الشارع لاستكمال تربيته.

٤ - جماعة الأقران الذين يحتك بهم الطفل ويجاريهم فى سلوكياتهم المنحرفة كالادمان والشذوذ الجنسى والسرقة والبلطجة التى هى أهم أعراض السلوك العدوانى .

علاج السلوك العدوانى:

١ - التعامل مع الطفل بأسلوب أبوى بعيدًا عن السلطة والتعامل مع الطفل بمبدأ ؟؟؟ (الشىء الإيجابى) والبعد عن أسلوب الوعيد (التهديد)

٢ - إشباع حاجات الطفل البيولوجية كالطعام والشراب والنوم وحاجاته النفسية كالحب والتقبل.

٣ - البعد عن الحماية الزائدة والتدليل التى تنمى فى الطفل الكسل والخمول والعدوانية وأيضًا البعد عن الإهمال والنبذ التى تنمى فى الطفل العزلة والأهواء وأيضًا قبول العدوانية.

٤ - القدوة الحسنة داخل المنزل والعلاقات الاسرية التى تتسم بالحميمية والبعد عن الخلافات الأسرية بقدر المستطاع.

٥ - عدم تجاهل عدوان الأطفال بعضهم البعض ولكن بمراقبة هذا السلوك والتعديل والتقارب بين الاطفال بروح المحبة والاخاء.

٦ - الاهتمام بآراء الأطفال وعدم تجاهلها والرد على أسئلتهم حتى لا يشعروا بالإحباط الذى يؤدى بهم إلى العدوانية.

٨- الغضب

أحد الانفعالات الشائعة لدى الأطفال خاصة الطفل الوحيد، وإن كانت هناك فروق بين الأفراد فى التعبير عن الغضب على الطفل حينما تفرض عليه بعض القيود أثناء مواقف التعلم، أو حينما ترغب الأسرة فى تعويد طفلها على ضبط سلوكياته على ألا يكون شاذًا عن البيئة المحيطة، فالغضب رد فعل للمواقف المحبطة لدى الطفل، وهو أحد الأساليب التى يلجأ إليها الطفل للفت أنظار القائمين على رعايته حتى يلبوا رغباته، وتختلف مظاهره باختلاف مرحلة نمو الطفل.

أسباب الغضب :

١ – العوامل الأسرية ومنها عدم الاهتمام بإشباع حاجات الطفل كالطعام والشراب وعملية الإخراج والنوم مما يستثير الطفل ويجعله غاضبا .

٢ – عدم اهتمام الآباء والامهات بالملكية الشخصية للطفل (كأن تعطى إحدى لعباته لأحد اقاربه أو إخوته الصغار دون موافقته).

٣ – التهكم والسخرية من الطفل عند صدور سلوك خاطئ منه أو إخفاقه فى بعض المواد الدراسية.

٤ – عدم الاهتمام بمزاج الطفل خاصة عند مشاهدة احد البرامج التليفزيونية أو ممارسة بعض اللعب مع أصدقائه أو إيقاظه من النوم بانفعال أو صوت عالى.

علاج الغضب:

١ – فهم دوافع الطفل أو محاولة فهم الدوافع الأساسية التى تدفع الطفل للغضب ولما يقوم به من أعمال العنف والمشاكسة.

٢ – تدريب الطفل على حل مشاكل منذ الصغر. فالطفل الصغير يغضب إذا تعطلت لعبته عن العمل، فيجب أن تحتاط دائمًا فى اختيارنا للعب الأطفال أن تكون بسيطة التركيب وأقل عرضة للتعطيل.

٣ - تدريب الطفل على التعاون، كثيرا ما تنشأ حالات الغضب للطفل للتصادم بين رغباته وحقوقه وبين رغبات الغير وحقوقهم. وعلى محاولة التوفيق بين رغباته وحقوقه ورغبات الغير وحقوقه.

٤ - تجنب فرض القيود بلا مبرر، فمن الواجب أن نعطى الطفل كثيرًا من الحرية فى ألعابهم وحركاتهم وتصرفاتهم. وألا نطلب منهم أكثر مما يستطيعون.

٥- تغيير الحالة النفسية للطفل كأن تحول انتباه الطفل وغضبه من إحدى المدرسات لحصوله على درجة ضعيفة فى مادتها فمن الممكن أن تخفف من غضبه إذا أثنيت عليه لتفوقه فى مادة أخرى.

٩- اضطرابات الغذاء

ومنها تقاليع الأكل ورفضه وقلته وفقد الشهية والتقيؤ والشراهة وإجبار الأطفال على الأكل.

أسباب اضطرابات الغذاء:

١ - بعض الأمراض العضوية مثل أمراض الفم والأسنان أو التهاب اللوزتين أو الإمساك أو سوء الهضم.

٢ - العوامل الأسرية ومنها عدم وجود الوقت الكافى من الأم والأب لتعويد الطفل على تناول الغذاء ومداعبته والاهتمام به أثناء عملية الأكل أو وجود النموذج الطبى داخل الأسرة كالأخت الكبرى التى لديها عزوف عن الأكل والشرب تحت ؟؟؟؟الرشاقة والجمال أو تقليد بعض أفراد الأسرة فى كراهيتهم لبعض الأطعمة كاللبن أو البيض مثلا.

٣ - الخوف والتوتر الذى يعيشه الطفل نتيجة لفقد الأب أو الأم أو طلاق الأم من الأب.

علاج اضطربات الغذاء:

١ - بفحص الطفل عضويا حتى لا يكون الطفل مصاب بأمراض فى الفم والأسنان أو التهاب اللوزتين أو أمراض فى الجهاز الهضمى.

٢ - تصحيح المفاهيم الخاطئة للأطفال خاصة المفاهيم الإعلامية للرشاقة خاصة البنات مما يدعو بعض الأطفال لمحاكاتهم وتقليدهم.

٣ - المساندة النفسية للأطفال فى حالة فقد أفراد الأسرة كالأب أو الأم لا قدر الله.

٤ - الاهتمام بمواعيد الوجبات الغذائية (الإفطار - الغذاء - العشاء) وأن يكون الغذاء كامل العناصر الغذائية التى تعمل على نمو الجسم تنمية سليمة لأن العقل السليم فى الجسم السليم.

٥ - تنويع الأكل للطفل وعدم التكرار فى نوع معين من الأكل حتى لا يفقد الطفل شهيته للأكل.

٦ - أن تكون المائدة فى متناول يد الطفل وأن يكون وضع مريح حتى يستطيع ؟؟ ظل أنواع الطعام على المائدة.

٧ - أن يحرص الوالدان على تناول الطعام مع الطفل وإن لم يكن فوجود أحد الوالدين ضرورى لإعطائه مزيد من الثقة والطمأنينة.

١٠- اضطرابات الإخراج

مثل مشكلات التدريب المبكر على الإخراج أو التدريب الإجبارى مع العقاب والتبول اللاإرادى أثناء اليوم أو اليقظة، وعدم القدرة على التحكم على التبرز والإمساك أو الإسهال العصبى، وما يصاحب ذلك من الشعور بالنقص والخجل والانطواء واضطرابات الكلام واضطرابات النوم.

أ- أسباب اضطرابات الإخراج:

١- عوامل عضوية فى هذه الحالة يتم عرض الطفل على طبيب متخصص.

٢- العوامل الأسرية وهى عدم اهتمام الوالدين بتدريب الطفل على عملية الإخراج أو تدريب الطفل على عملية الإخراج بالقهر (العقاب البدنى).

١١- اضطرابات الكلام:

عيوب طلاقة اللسان كالتهتهة واللجلجة والثأثأة والحبسة الكلامية وعيوب النطق وتأخر الكلام وما يصاحب ذلك من أعراض نفسية مثل القلق وعدم الثقة فى النفس والخجل والانطواء والعصبية وسوء التوافق الأسرى والمدرسى.

وهى عديدة ومتنوعة وسوف نذكر منها بعض الأسباب على سبيل المثال لا الحصر:

١ - أسباب عضوية وهى تعود إلى عيوب فى جهاز النطق الانسانى كتضخم اللسان وقصره أو تهدل اللسان أو بروز الاسنان أو تشقق الشفاه أو وجود لحمية بالانف أو وجود لحمية بالانف أو وجود خلل بالجهاز العصبى المركزى خاصة مناطق الكلام (مناطق بروكا) أو ضعف السمع.

٢ - عوامل أسرية وهى عدم الاهتمام بالطفل فى مرحلة الطفولة المبكرة من تعويده على نطق بعض الكلمات أو إغفالهم بعض الاصوات التى ينطقها الطفل وعدم تنميتها وتدريبه عليها.

٣ - السخرية من الطفل خاصة بعد نطق بعض الكلمات ناقصة النطق أو قلب بعض الحروف كنطق حرف الراء «ل» كنطق كلمة «أرنب» «ألنب» أو تقليد بعض الإخوة أو الأخوات خاصة عند مداعبتهم لبعض فى قلب بعض الحروف مثل كلمة «جردل» ينطقها «دلدل» وهكذا.

العلاج:

تحسين علاقة الطفل بمن حوله من الراشدين، وتدريبه على النطق السليم، وتصحيح أخطائه حتى يكتسب العادات الكلامية الصحيحة، وتوفير المثيرات اللفظية التى تنمى حصيلته اللغوية، وتشجعه على التعامل باللغة في حياته اليومية فى حدود ما تسمح به قدراته العقلية، ويستفيد من هذا العلاج المعوقون عقليًا من فئتى الإعاقة البسيطة والمتوسطة وبعض أفراد الإعاقة الشديدة وذلك بعمل الآتى:

١ - عمل تمرينات رياضية تتصل بتقوية عضلات الصدر والحلق والفم والوجه والفك والشفاه واللسان والرقبة والمعدة.

٢ - عمل تمرينات تتصل بمخارج الاصوات على مستوياتها المختلفة ويحسن أن نعهد لهذه التمرينات الكلامية بتدريب أعضاء النطق كاللسان والشفاه ومثل هذه التمرينات تكسب تلك الاعضاء مرونة فى حركاتها المختلفة.

٣ - التدريب على أخراج الصوت بشكل مفرد ثم إخراجه فى شكل مقطع، ثم إخراجه فى جملة.

٤ - تشجيع الفرد على استخدام الصوت الذى تم تعديله فى حياته العامة.

٥ - الاهتمام بالوسائل الثقافية فى كل من البيت والمدرسة التى تعدل من لغة الطفل بطريق غير مباشر ومساعدته على الكلام والتعبير عن أفكاره بالكلام ومن أمثلة ذلك الكتب المصورة والمشوقة للطفل وأفلام الكرتون الهادفة والرحلات وزيارة الاماكن المهمة وترك الطفل يتحدث عنها فى جملة تامة.

٦ - سرد القصص القصيرة للطفل المعوق ثم يطلب منه بعد ذلك إعادة سردها على أن تكون القصص مألوفة لدى الطفل ومن البيئة المحيطة به.

٧ - يجب أن يتطلع الطفل المعوق عقليا للمتحدث أثناء التدريب على نطق الكلمات

وأن يكون سهلا وواضحًا وبطيئًا ومرتبط بالواقع. وأن تكون حركات وتعبيرات الشفاه للأخصائى واضحة جدًا ويمكن للطفل المعوق ملاحظتها بسهولة.

٨ - يجب العناية بانتقاء القائمين على تعليم الطفل المعوق عقليًا ممن حسن نطقهم وسلموا من عيوب الكلام وتجنب نطق الكلمات المحرفة كما تفعل المربيات الأجانب مثل كلمة «باب» و «دادى» وغيرها.

١٢- اضطرابات النوم

مثل الأحلام المزعجة والمخاوف الليلية والكابوس والفزع الليلى والكلام أثناء النوم والأرق وقلة النوم أو كثرته.

أسبابه:

هناك أسباب عضوية منها:

١- إصابة الطفل ببعض الامراض العضوية مثل الانفلوانزا والنزلات الشعبية أو التهاب اللوزتين أو وجود عيب خلقى فى القلب يؤدى إلى ضيق التنفس أو وجود لحمية فى الانف أو نتيجة فقر الدم أو نقص هرمون الغدة الدرقية أو سوء التغذية أو بعض الآثار الجانبية لتناول الأدوية.

٢- العوامل الأسرية ومنها العادات السيئة فى النوم متمثلة فى السهر لساعات متأخرة من الليل والاستيقاظ فى منتصف النهار وبالتالى يكون الطفل غير قادر على مسايرة سلوك الوالدين.

٣ - تغيير مكان نوم الطفل من آن لآخر.

٤ - العوامل النفسية التى يعيشها الطفل بعد مشاهدته لبعض البرامج التليفزيونية التى تثير لديه القلق والتوتر.

علاج هذه المشكلة

١ - الفحص الطبى لأنه قد يكون هناك أحد الأسباب العضوية التى تؤدى إلى اضطراب النوم.

٢ - التخلص من العادات السيئة التى تؤثر على النوم مثل الأكل بإفراط فى وجبة العشاء أو الأكل قبل النوم مباشرة أو شرب المواد المنبهة قبل النوم مثل الشاى أو القهوة.

٣ - تهيئة الفراش المناسب للنوم.

٤ - العناية بغرفة النوم ومراعاة أن تكون بعيدة عن الضوضاء والإضاءة العالية.

٥ - مراعاة لبس الملابس المريحة وتجنب الملابس التى تعوق الحركة والتنفس.

٦ - الحفاظ على مواعيد ثابتة للنوم واليقظة حتى تنظم الساعة البيولوجية.

٧ - عدم النوم أكثر من الحاجة للنوم.

٨ - الحفاظ على هواء غرفة النو م متجددًا باستمرار.

١٣- الاضطرابات الانفعالية (العصبية)

مثل الخوف والخجل والعصبية ونوبات الغضب والبكاء المستمر وما قد يصاحب ميلاد طفل جديد من مشكلات كالغيرة والعدوان.

الأسباب:

١ - أهم هذه الأسباب قد يكون هناك بعض الأسباب العضوية نتيجة للآثار الجانبية لبعض العقاقير الطبية.

٢ - حالات الإعاقة العقلية أو المرض العقلى.

٣ - العوامل الأسرية كالنزاعات والصراعات المستمرة بين الوالدين ومشاهدة

الطفل لهذه الخلافات خاصة عندما يعتدى الأب بالضرب على الأم أو حالة الهياج التى تنتاب بعض الآباء والأمهات أو كسر أو إتلاف بعض أثاث المنزل وإحداث ضوضاء مما يثير الذعر والخوف والقلق لدى الطفل خاصة قبل النوم أو قبل الذهاب إلى المدرسة أو مشاهدة الطفل لوالده عندما يضرب شقيقه أو شقيقته الصغرى أو ؟؟واستخدام العنف البدنى كالركل بالأرجل أو استخدام العصا فى العقاب.

٤ - العوامل الثقافية وأهمها مشاهدة الافلام على شاشات كأفلام الرعب والعنف التى تثير انتباه الطفل إلى تقليدها ومحاكاتها.

العلاج

١ - التنفيس عن الطاقة الانفعالية فى أعمال مفيدة كقراءة القرآن الكريم للمسلم والإنجيل للمسيحى أو ممارسة بعض الألعاب الرياضية. فإن هذه الأمور تجعل الإنسان مرتاح البال هادئ النفس - أما بالنسبة للطفل علينا باختيار لعبة تثير انتباهه وتجذبه اليها بألوانها وعن طريقها يمكن الخروج من انفعالاته.

٢ - تحويل انتباه الانسان أو الطفل إلى أشياء أخرى ليشغل نفسه بها.

٣ - البحث عن استجابات معارضة للانفعال. فإذا شعرت نحو شخص ما بشىء من الكره دون مبرر فيحسن بك أن تبحث فى هطا الشخص هن شىء فيه يثير إعجابك واستحسانك وبذلك يمكنك التغلب على كرهك له بدون مبرر. أما بالنسبة للأطفال فإن كان انفعاله لسبب المدرس فى المدرسة فما علينا إلا أن نذكر له أن المدرس يحبك مثل والدك تماما.

٤ - ابعث حالة من الاسترخاء فى بدنك لتعارض بذلك حالة التوتر الذى يثير الانفعال وحينما تتغلب حالة الاسترخاء على بدنك تهدأ حالة الاسترخاء للطفل بالجلوس فى حديقة هادئة أو البلكونة فى جو هادئ بعيد عن الضوضاء أو مصدر الإزعاج.

٥ - النظرة إلى العالم نظرة مرحة حتى تهون على نفسك المواقف الشديدة ولا شك أن الضحك أفضل من الغضب وهو أنفع لصحتك النفسية والبدنية.

أما بالنسبة للطفل فنحاول أن نقدم إليه مثيرات مسلية ومضحكة بعيدة عن الابتذال وإهدار القيم.

٦ - تجنب المواقف التى تثير الانفعال سواء فى البيت أو المدرسة.

١٤- مص الأصابع أو قضم الأظافر

وقد يكون السبب وراء مص الاصابع إلى أن الطفل لم ينل من ثدى أمه أو من الزجاجة الامتصاص الكافى لسد حاجته. وحاجة الطفل إلى الامتصاص حاجة طبيعية ولا بد ان يشبعها تمامًا كما يشبع حاجته إلى الطعام فإذا لم تتح له الفرصة لذلك أثناء الرضاعة فقد يلجأ إلى مص إصبعيه على سبيل التعويض.

١ - مص الأصابع سلوك عادى فى مرحلة الطفولة المبكرة ولكن الاطفال يعضون أصابعهم لفترات متباينة وهذا تصرف طبيعى يعطى الطفل نوعًا من القناعة أو الرضا العاطفى للطفل. ويعتبر المص والعض من السلوكيات التى يصاحبها إحساس بالسكينة عند الممارسة لها.

وسلوك مص الاصابع يبدأ منذ الأسابيع الأولى للميلاد وقد يستمر مع بعض الأطفال حتى سن خمس أو ست سنوات وهناك بعض الدراسات أشارت إلى أن هذه العادة لدى ٣٠٪ من الاطفال تستمر من ١٠ - ١٢ سنة وأحيانًا تستمر إلى مرحلة المراهقة ولكن بنسبة ضئيلة قد تصل إلى واحد فى الألف تقريبًا.

واذا استمر مص الأصابع إلى بعد سن السادسة من العمر ينبغى البحث عن سبب هذا المص ومحاولة علاج هذا السلوك.

وهناك بعض الأطفال يلجأ إلى هذا السلوك عندما لا يستطيع تحقيق

رغباته ويصل إلى درجة الإحباط فإنه يعود مرة إلى مرحلة سابقة حيث كان المص هو أكبر مصدر للمتعة والشعور بالراحة بالنسبة له.

لأن هذه العادات تتنافى مع آداب السلوك فضلا عن أن استمراره فى هذه العادة ربما يؤدى إلى تشويه بالفك أو بروز فى الأسنان أو تشويه للشفتين أو بعض الأصابع. ولاخوف على الطفل من التشوه قبل ست سنوات أى قبل ظهور الأسنان الدائمة ولكن العكس هو الصحيح. وهناك أشعار متعددة لمص الأصابع منها مص الإبهام أو مص السبابة أو مص مقدمة أو أطراف الأصابع الأطول من اليد. وقد يكون المص دائمًا أو مص موقوت كالمص قبل النوم أو أثناء الجلوس بمفرده.

أسباب المشكلة

- رغبة الطفل فى إشباع حاجاته وتحقيق رغباته أى بهدف المتعة والراحة.
- افتقار الطفل إلى العطف والحنان نتيجة وجوده فى بيئة مشحونة بالانفعالات والصراعات بين الوالدين وعدم الاهتمام به.
- إحساس الطفل بالدونية والعجز.
- تقليد أو محاكاة أحد أفراد الأسرة أو أحد من جماعة الأقران لممارسته هذا السلوك.
- الصراع بين البيت والمدرسة فى المعاملة أو نتيجة لضعف التحصيل الدراسى.
- عدم توافر الغذاء الكافى والمناسب للطفل.

العلاج:

١ - إشباع الطفل فى الرضاعة وترك الطفل يرضع كيفما يشاء أو ترك الطفل يرضع أحد الثديين لأطول فترة ممكنة ثم ضعيه على ثديك الآخر إلى أن يشبع حاجته من المص وتوفير الغذاء المناسب والضرورى.

٢ - توفير بدائل للمص وأن نشغل الطفل بلعبة أو مصاصة.

٣ - وضع يد الطفل فى جوانتى أثناء النوم.

٤ - عدم دهان إصبع الطفل بمواد حريفة أو سيئة الطعم والرائحة فهذه الأمور تدفع الطفل إلى التمسك بهذه العادة بل ربما تخلق لديه ميولا عدوانية.

٥ - إشراك الطفل فى أنشطة حياتية مع إخوته وجماعة الاقران لأن العزلة من العوامل المسهمة فى ظهور هذا السلوك.

٦ - عدم معاقبة الطفل على هذا السلوك وإنما يجب إفهام الطفل.

٧ - إشعار الطفل بالثقة فى النفس وفى الآخرين خاصة الوالدين والافراد فى البيئة المحيطة وإشباع حاجاته النفسية كالحب والحرية واللعب واختيار الأصدقاء بعد التوجيه الأبوى للطفل.

١٥- مشكلة الخجل

هو أحد مظاهر عدم التوافق النفسى عند الطفل، ويبدو فى سلوكه على هيئة مظاهر متعددة أهمها الصمت بشكل ملحوظ فى المواقف التى تقتضى من الطفل الكلام. إنه قد يمتنع عن الإجابة على بعض الأسئلة العادية رغم أنه يعرف مضمون هذه الإجابة، لكنه يخجل من ذكرها، وفى أحيان أخرى يحمر وجه الطفل وقد يبكى فى بعض المواقف المفاجئة أو إذا كانت لهجة الآخرين معه يشوبها بعض الحدة. ومن أهم مظاهر هذه المشكلة الانطواء على النفس وعدم مشاركة الغير فى اللعب مع تشبث الطفل والتصاقه بملابس والده أو والدته عند مواجهة الآخرين من غير أفراد الأسرة.

والملاحظ أن هذه المشكلة تظهر عند كثير من الأطفال فى بداية مراحل النمو الأولى، ثم تختفى تدريجيًا كلما ازداد نموهم فى المراحل التالية عندما يحسن الآباء والأمهات معاملة هؤلاء الاطفال إلا أن المشكلة تزداد حدة عندما يظل هذا الخجل ملازما لسلوك الفرد عندما يكبر.

أسباب المشكلة

١ - القسوة فى معاملة الطفل : قد يتبع الوالدان أسلوبًا قاسيًا وشديدًا فى معاملة الطفل ويثور غضبهما لأقل خطأ يقع من الطفل. الأمر الذى يؤدى به إلى الانطواء والابتعاد تدريجيًا عن ممارسة أى سلوك يعتقد الطفل أنه سيكون سببًا فى غضب الوالدين. ومن ثم ينتهى به الأمر الى الانزواء والخجل فى مواجهة أى مواقف جديدة لم يتدرب الطفل على مواجهتها.

٢ - عدم التشجيع وبث الثقة بالنفس فى أحيان كثيرة يقوم الطفل بأعمال طيبة ويمارس أنواعًا متعددة من السلوك السليم أو تحقيق مركز متقدم فى الدراسة أو الأنشطة التى يمارسها الطفل ورغم ذلك قد لا يشجع أفراد الأسرة الطفل على هذا كله، وبكثرة تكرار عدم التشجيع يمتنع الطفل عن هذه الأعمال تدريجيًا كما أنه يفقد الثقة فى نفسه ولا يتمكن فى مواجهة مواقف الحياة.

٣ - الشعور بالنقص: قد يكون الطفل مصابًا بالنقص يدفعه إلى الخجل عند مواجهة غيره من الأطفال الأسوياء وينتهى به الخجل تدريجيًا إلى الانطواء على نفسه؛ كأن يكون النقص فى النواحى الاجتماعية كوفاة الأب أو الأم أو طلاق الأم من الأب أو زواج الأم من غير الأب أو يكون النقص فى الطفل نفسه كإصابته ببعض الإعاقات كالإعاقة العقلية البسيطة أو الحركية أو البصرية أو ضعف السمع.

علاج هذه المشكلة

١ - التوازن فى المعاملة وعدم القسوة على الطفل وتوجيه الطفل إلى الطريق الصحيح بالأساليب الودية الطيبة لكى يتعود الطفل على التفاعل الاجتماعى مع الآخرين دون خجل وبلا آية سلبية.

٢ - تشجيع الطفل وبث الثقة فى نفسه وتأكيد قدرته على ممارسة شتى الأعمال التى تتوافق مع قدراته العقلية والجسمية.

٣ - الأخذ بيد الطفل من قبل الاسرة والمعلم فى المدرسة فى محاولة التغلب على هذا الشعور بالنقص مع تشجيع الطفل وتأكيد الثقة بنفسه ليتمكن بعد ذلك من الاندماج تدريجيا ودون خجل فى شتى مظاهر الحياة.

- هذا ويمكن علاج هذه المشكلات إذا ما تتبعنا الأسباب التى أدت إلى هذه المشكلات ومحاولة إزالتها أو الحد منها حتى نجعل هذا الطفل ينعم بالهدوء والاستقرار لكى يتوافق مع نفسه ومساعدته فى تحقيق النمو النفسى والاجتماعى السليم.

١٦- التأخر الدراسى

من أهم المشكلات التى تواجه الأسرة مشكلة التأخر الدراسى وهذه المشكلة تحتل مكانًا بارزًا عند كل المشتغلين ولديهم اهتمام بالطفولة والتلاميذ المتأخرين دراسيًا هم الذين لا يستطيعون تحقق المستويات المطلوبة منهم فى الصف الدراسى مقارنة بزملائهم العاديين فهذه الفئة من حيث الذكاء تقع بين العاديين (متوسطى الذكاء) والمعوقين عقليًا أو الذين تتراوح درجة ذكائهم بين ٧٥ - ٩٠ وهم متأخرون فى معظم المواد الدراسية وقدراته متواضعة فى العملية التعليمية لأن العملية التعليمية وما تحتويه من نشاط التلميذ داخل المدرسة سواء فى استيعاب المواد الدراسية ومدى تفاعله مع المعلم داخل الفصل الدراسى ومدى قدرته على التحصيل الجيد وأيضًا مدى قدرته على استذكار الدروس بالمنزل أولا بأول ولعل هذا الموضوع كثيرًا ما يشغل بال الأسرة وتثير صورًا مختلفة من القلق والتوتر لأنهم يرون فى هذا الابن أو الفتاة تحقيق طموحاتهم التى لم تحقق لديهم لوجود بعض المعوقات فى حياتهم واحيانا يزداد القلق عندما تقترب الامتحانات وقد تختلف اتجاهات الآباء والأمهات فى هذا الموقف.

- فمنهم ما هو يتسم بالهدوء والاتزان الانفعالى ولديه وعى وإدراك بقدرات الابن العقلية والجسمية وفى هذه الحالة تكون الأسرة أحد العوامل التى تعين الابن الابنة على اجتياز الامتحان بهدوء وثقة بالنفس وتؤدى به إلى النجاح والتفوق.
- ومنهم ما يتسم بالانفعال والعصبية الزائدة عن الحد ولم يكن لديه وعى وإدراك بقدرات الابن العقلية والجسمية وفى هذه الحالة تكون الأسرة أحد العوامل التى تؤدى إلى تدنى قدرات الابن وارتباكه وبالتالى تكون النتيجة ما لا تحمد عقباه.
- ومنهم ليس لديه فهم وإدراك بالعملية التعليمية أو لديه فهم خاطئ مما يجعله يدفع الابن للالتحاق بإحدى المدارس كمدارس اللغات التى لا تتناسب مع قدراته العقلية وبالتالى تؤدى به إلى الانهيار وتقوده أحيانا إلى التسرب من التعليم.

أسباب التأخر الدراسى:

١ - تعتبر البيئة المنزلية غير السوية والتفاعلات الأسرية السلبية والانفعالات والعصبية المتكررة من الوالدين من أهم المعوقات المباشرة على استذكار الأبناء لدروسهم.

٢ - عدم انتباه الأسرة لمرحلة المراهقة عند الابناء ومحاولة احتواء الأبناء باعتبار أن هذه المرحلة تتسم بالتمرد ورفض السلطة الأبوية والاستقلالية وجهل الأبناء أحيانا بالتغيرات البيولوجية فى هذه المرحلة.

٣ - الصراع بين البيت والمدرسة ما يبنى فى المدرسة يهدم فى المنزل وما يبنى فى البيت يهدم فى المدرسة.

٤ - عدم تفهم بعض الأسر أحيانًا لقلق الامتحانات وتهيئة الابن نفسيا لهذا الموقف وعمل الترتيبات اللازمة للخروج من هذه الأزمة.

٥ – عدم الاهتمام بالنزعة الإيمانية وتعويد الابن على الصلاة والتقرب إلى الله وحفظ بعض آيات القرآن الكريم.

٦ – عدم الاهتمام أحيانًا بالبيئة الفيزيقية التى يذاكر فيها الابن كالإضاءة والتهوية والحرارة والرطوبة.

٧ – عدم الاهتمام بالجانب الترويحى والاسترخاء لتجديد نشاط الابن ذهنيًا وجسديًا.

٨ – المذاكرة الجماعية خارج المنزل مع أصدقاء السوء دون رقابة أو متابعة من الوالدين مما يؤدى إلى ضياع الوقت وتراكم المواد الدراسية دون فهم أو استيعاب.

٩ – إجبار الابن على اختيار مواد بعينها سواء أكانت المواد أدبية أو علمية دون توافق مع ميول واستعدادات وقدرات الأبناء.

١٠ – إزاحة بعض الموضوعات إلى اليوم التالى مما يؤدى إلى تراكمها وعدم القدرة على تنظيم الوقت مرة أخرى.

١١ – مذاكرة أكثر من درس أو موضوع فى وقت واحد والتنقل من درس إلى آخر مما يزيد من الارتباك وتكون النتيجة عدم التركيز فى أى موضوع والخروج من المذاكرة صفر اليدين.

١٢ – الاستماع إلى بعض الفنون الاذاعية أثناء المذاكرة مما يزيد من تشتت انتباه الطالب وبالتالى يقل تركيز الانتباه.

١٣ – الاحتكام والتعامل مع الزملاء ذوى السمعة غير الطيبة ممن يتسمون بالانحرافات السلوكية (كالتدخين – تعاطى المخدرات – إلخ) والذين لا يقدرون المسئوليات وليست لديهم اهتمامات بالعملية التعليمية.

١٤ – تدنى المستوى الصحى للأبناء وذهابهم إلى المدرسة وهم فى حالة من

الإنهاك الصحى والبدنى وبالتالى تقل فرصتهم فى التعامل مع المعلم داخل الفصل الدراسى.

١٥ - عدم توفر مصادر المذاكرة كالكتب المدرسية والوسائل التعليمية داخل الفصل الدراسى.

١٦ - ضعف القدرات العقلية عند الطفل.

علاج التأخر الدراسى:

١- تغير البيئة التى أدت إلى الاضطراب النفسى أو تعديلها بما يحقق التوافق النفسى والتحصيل الدراسى الجيد.

٢ - إرشاد الطفل إلى فهم نفسه وفهم مشاكله وأن يستغل إمكاناته الذاتية من قدرات واستعدادات وميول بما يتناسب مع المرحلة العمرية للطفل وتغيير مفهوم الذات لدى الطفل وتكوين مفهوم أكثر إيجابية.

٣ - الاهتمام بدافعية الطفل المتأخر دراسيًا حيث أنها المفتاح الأساسى لدفع الطفل إلى العمل والنشاط التربوى.

٤ - الكشف عن قدرات الطفل العقلية وذلك لوضع البرامج التعليمية التى تناسب قدرات الطفل العقلية.

٥ - علاج الأمراض العضوية خاصة التى ترتبط بالنواحى الحسية (السمعية والبصرية) والتى لها تأثير مباشر على التحصيل الدراسى.

٦ - اختيار الطريقة المناسبة والمواد المناسبة لميول الطفل واستعداداته.

٧ - الاهتمام بالطفل ومراعاة الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية والتربوية أى تناول التلميذ ككل.

٨ - الاهتمام بالتكامل بين البيت والمدرسة.

٩ - الاهتمام بالجانب الترويحى للطفل بما يحقق له ممارسة الأنشطة التى تزيد من قدراته الجسمية والبدنية لأن العقل السليم فى الجسم السليم.

١٠ - الاهتمام بالجانب الدينى للطفل لتقديم سلوكه بما يتناسب مع المعايير الأخلاقية فى المجتمع.

١١ - متابعة الطفل فى علاقاته بجماعة الأقران وتوجيهه التوجيه السديد الذى يبعده عن أقران السوء.

١٢ - تهيئة الأطفال نفسيًا لمواقف الامتحانات وبث الثقة فى نفوس الأطفال.

١٣ - خلق القدوة الحسنة للطفل فى البيت والمدرسة.

١٤ - استخدام اسلوب المكافأة والتقدير لدفع الطفل إلى التقدم فى التحصيل الدراسى.

١٥ - البعد عن العقاب البدنى واستخدام العقاب المعنوى وأن يتناسب العقاب مع حجم الخطأ.

- وهذه لمحة أو إشارة سريعة لبعض المشكلات الخاصة بالطفل، ولكننا سوف نعرض لها بشىء من التفصيل - إن شاء الله - فى مؤلف لاحق قريبًا عن بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية التى يتعرض لها الأطفال، ومن الإنصاف أن نقول إن الطفل لا ذنب له من بعض الاضطرابات أو المشكلات السلوكية التى يتعرض لها، ولكن الأسرة هى حجر الزاوية فى هذا الاضطراب؛ لأن الأسرة هى البيئة الأولى التى يتعلم فيها الطفل أساليبه السلوكية، وهى التى تعمل على تكوين العادات والتقاليد والقيم السائدة فى المجتمع.

فالأسرة هى التى تهتم بالطفل وتعمل على التوازن بين القيم السائدة فى المجتمع ومطالب البيئة، أى التى تجعله يتكيف تكيفًا صحيحًا مع العوامل المحيطة، فإن الطفل فى هذه الحالة يكون مطمئنًا إلى حياته، وآمنًا ولديه ثقة فى نفسه ، ومتزنًا فى انفعالاته وعواطفه.

أما الأسرة التى لا تهتم برعاية الطفل، وعدم مراعاة القيم السائدة فى المجتمع فى تربية الطفل، فالطفل فى هذه الحالة يفشل فى التكيف مع البيئة المحيطة ويكبت دوافعه، وهو بذلك يظلم نفسه حتى لا يتفضح أمره، ولا يصبح مثارًا للنقد اللاذع المستمر، إما أن يلجأ إلى الطرق غير المشروعة فى محاولاته اليائسة لتحقيق ذلك التكيف، فيبرر سلوكه الخاطئ، ويلزم غيره بدلاً من أن يلوم نفسه، ويتهم الآخرين أو المحيطين به بذنوبه وأخطائه، وبالتالى يكون عرضة للانحرافات السلوكية كالسرقة والكذب والغش والعدوان، وهكذا تنشأ مشكلات الطفل السلوكية من فشله فى توافقه مع بيئته ومع أحداث حياته.

تشكل الأسرة فى حياة كل منا الخلية الأولى للتفاعل مع الآخرين، فلا يستطيع أحد منا العيش بمفرده تمامًا، ومن يحاول ذلك فقد قدر له أن يعيش تعيسًا وحيدًا، ويتعلم الطفل كيف يعيش ؟ وماذا ينتظر من الحياة خلال تفاعله مع أفراد أسرته؟ وبزيادة نمو الطفل تتسع دوائر علاقاته كما يتغير وتتغير معه أسرته، إلا أن تأثيرها يظل يطبع حياته؛ لذا فإن المشكلات النفسية وخلل الأداء النفسى الذى قد يمر به الأطفال والمراهقون والكبار غالبًا ما يرجع إلى صراعات ومشكلات لم يتم حلها متعلقة بالأسرة وبالحياة الزوجية، ومن ثم يتضح أن مشكلة الطفل ما هى إلا عرض Symptom لمشكلات زواجية سابقة؛ لذا، ولكثير من الأسباب الأخرى ظهرت الحاجة إلى إرشاد كل من الزوجين كمبادرة لحل تلك المشكلات قبل أن تتفاقم وتشكل اضطرابات نفسية لكل أفراد الأسرة التى كوّنها هذان الزوجان، ويحدث الخلل فى الحياة الزوجية بسبب غياب التفاعل الإيجابى بين الزوجين، وبالطبع حين تسوء العلاقات وتثار المشكلات فإن كلاً من الزوجين لا يتصرف بشكل إيجابى تجاه الآخر، وهو أمر لا يثير الدهشة.

ثانياً الإرشاد النفسى الأسرى:

هو عملية مساعدة الفرد فى اختيار زوجه والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها، والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزواجى، وحل ما قد يطرأ من مشكلات زواجية قبل وأثناء وبعد الزواج.

- كيفية إرشاد أسرة الطفل المعوق:

إن العناية المنشودة من أية عملية إرشادية فى مجال الإعاقة عمومًا، هى مساعدة الفرد أو الجماعة الإرشادية على اكتساب سلوك أفضل يساعده على التوافق السوى مع نفسه ومع الآخرين، ومن ثم المساهمة فى الوصول بالمعوق إلى عملية التأهيل المنشودة، فالإرشاد الأسرى هو مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين - الأولاد - حتى الأقارب) فردًا أو جماعة فى فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار، والتوافق الأسرى، وحل المشكلات الأسرية، والعملية الإرشادية لا تقف عند حد مساعدة الفرد أو الجماعة فى التغلب على المشكلة، ولكنه يمتد إلى توفير الاستبصار للفرد - وللجماعة فى حالة الإرشاد الجماعى - الذى يمكنه من زيادة تحكمه فى انفعالاته، وزيادة معرفته بذاته، وبالبيئة المحيطة به، وبالتالى زيادة قدرته على السلوك البناء والإيجابى، وهكذا يمكن النظر إلى الإرشاد الأسرى فى مجال رعاية الأطفال المعوقين على أنه : مجموعة من التوجيهات العملية التى تقدم لأسرة الطفل المعوق، لاسيما الوالدين، بهدف تدريب، وتعليم أفراد الأسرة اكتساب المهارات والخبرات التى تساعدهم فى مواجهة مشكلاتهم المترتبة على وجود طفل معوق لديها، سواء ما يتعلق منها بالتنشئة الاجتماعية لهذا الطفل، أما ما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة، والتى يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة حتى يبلغ الطفل المعوق أقصى استفادة ممكنة من قدراته وإمكانياته.

أهداف الإرشاد النفسى الأسرى:

إن أى عمل لكى يكون مضبوطًا لا بد وأن ينطلق من أهداف محددة يتم تحقيقها فى نهاية العملية الإرشادية كعملية تعليمية تفاعلية تواصلية تهدف إلى مساعدة الأفراد على تغيير سلوكهم وتصوراتهم وأساليب عملهم، والهدف الجيد هو الذى ينصب على سلوك المتعلم ويكون قابلاً للملاحظة Observation والقياس Measure والتقويم Evaluation، وأهم هذه الأهداف:

- إحداث تغيير إيجابى فى سلوك المسترشد.
- المحافظة على صحة الفرد النفسية.
- تسهيل عملية النمو للفرد، وإرشاده إلى المسارات الصحيحة.
- تغيير العادات والسلوكيات غير المرغوبة اجتماعيًا.
- مساعدة المسترشد على اتخاذ القرارات.

دور المرشد الأسرى فى عملية الإرشاد:

يمكن تلخيص دور المرشد الأسرى فى عملية الإرشاد النفسى فى إتاحة فرصة للعميل (المسترشد) أن ينمو فى ظل فهم نفسه، وإدراك كنهها، وهدفه معاونة العميل فى الوصول إلى تحديد واضح لقدراته، وإمكانياته، وأهدافه، وطبيعة العقبات التى تعترضه، ويستطيع الاستفادة من مصادر إمكانياته.

وبذلك يعتبر المرشد بمثابة حجر الزاوية بالنسبة لعملية الإرشاد، ومن هنا ينبغى عليه أن :

١ - يقوم بعملية تصنيف العملاء حسب مشكلاتهم، ونوع الإعاقة، ودرجة حدتها، وذلك بناءً على الاختبارات التى أجراها معهم (عملية التقويم) ، وتسكن كل مجموعة مع المشابهين لها، وتحويل ما لا يمكن تصنيفه إلى المتخصصين فى المؤسسة نفسها، أو فى المؤسسات الأخرى.

٢ – تحديد ما يحتاج إليه العميل من معينات سمعية أو بصرية (وسائل إرشادية).

٣ – تنظيم إدارة البرامج الإرشادية الفردية والجماعية التى تتلاءم ونوعية المشكلات الخاصة بالمعوقين.

٤ – يقوم بالاتصال بأعضاء فريق الإرشاد، وينظم معهم الحلقات النقاشية حول بعض الحالات؛ ليتم التوصل فيما بينهم إلى خطة إرشادية تشارك فيها كل التخصصات.

٥ – يكون مصدرًا ثريًا للمعلومات التى يحتاجها المعوقون وأسرهم، ولا يبخل عليهم بتوجيه، أو نصح، أو مشورة، وأن يكون متصفًا بصفات الإنصات الواعى، والصبر، والصدق ودقة الملاحظة، والتواضع.

- إرشاد الأطفال:

ويقصد به تقديم الخدمات الإرشادية للطفل وأسرته عبر مراحل النمو الشاملة منذ ولادة الطفل، وتقديم كل ما من شأنه أن يؤدى إلى تحقيق التوازن من خصائص النمو ومتطلباته، وأيضًا تعرف الطفل على إمكانياته وقدراته وحل مشكلاته وإشباع حاجاته البيولوجية والنفسية والاجتماعية بهدف تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى للطفل.

- أهمية الإرشاد النفسى للأطفال :

تتضح أهمية الإرشاد النفسى للأطفال إذا تعرفنا على نوع الخدمات الإرشادية التى يقدمها الإرشاد للأطفال فى الجانب النمائى والوقائى والتعليمى والعلاجى والتعاونى، ومنها:

١ – إنه عملية مستمرة تراكمية متكاملة، ومعنى ذلك أن عملية النمو الخاصة

بالطفل تتكون بشكل مستمر وتراكمى ومتكامل، وهنا تكون الحاجة إلى خدمات إرشادية إنمائية تسهل نمو الطفل وتتعرف على حاجاته، وتشبعها، وتساعد على تنمية القدرات والإمكانيات.

٢ - ولأن مشكلات الطفل مازالت حديثة، فإنه يمكن بالخدمات الإرشادية الوقائية التحكم فى أسبابها وتعديلها قبل أن تتفاقم عبر مراحل النمو التالية، ويصبح لها آثار على مفهوم الذات للطفل وتوافقه وصحته النفسية.

٣ - باعتبار أن معارف ومدارك وخبرات ومهارات الطفل ما زالت محدودة فإن مساعدة الطفل على استبصاره بذاته، وتزويده بالمعارف والخبرات والمهارات الفعالة ومساعدته على فهم خصائص وإمكانيات البيئة التى يعيش فيها عن طريق خدمات الإرشاد التعليمية والتدعيمية يمكن أن يتعلم كيفية التوافق مع المواقف الجديدة، ويتعرف على حدود حقوقه وواجباته، ويتعلم كيفية مواجهة مشكلاته فيما بعد بنجاح وبشكل مقبول.

٤ - غير أن الأعوام الأولى من حياة الطفل لها أهمية خاصة كونها المسئولة عن تكوين شخصية الطفل فيما بعد؛ لذا إذا اكتسب الطفل أنماط سلوكية غير مرغوبة ولم تعدل، أو وجد أى انحراف فى نمو الطفل فى الأعوام الأولى ولم يعالج فقد يكون من الصعب حل هذه المشكلات فيما بعد.

أهم الاعتبارات عند إرشاد الأطفال:

١ - الطفل أكثر مرونة، والكثير من مشكلاته يستعصى عليه حلها، وهى جزء لا يتجزأ من عملية النمو، وكثير منهم يمر بفترات مؤقتة من الاضطراب الانفعالى أو السلوكى.

٢ - يشير مفهوم التوافق إلى عملية تراكمية مستمرة، والطفل مازالت أمامه سنوات عديدة من النمو، بحيث يمكن مساعدته فى مواجهة تحديات النمو

وفهمه لحاجات ومتطلبات بيئته، وتعلم كيفية التوفيق بينها، وذلك يمكنه من حل ما يواجهه من مشكلات فيما بعد بشكل مقبول.

٣ - يمكن التعاون مع الآباء فى مساعدة الطفل للتغلب على ما يواجهه من مشكلات من خلال ما يمكنهم تقديمه إليه من تدعيم للسلوك المرغوب.

دور الآباء فى الإرشاد النفسى لأطفالهم:

١ - الملاحظة الدقيقة لسلوك الطفل وأفعاله منذ مولده.

٢ - تهيئة البيئة الملائمة للنمو السليم.

٣- تشجيع الطفل على الانتماء إلى جماعة.

٤ - تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه، ومحاولته العمل بمفرده، وتحمله المسئولية، ومكافأته أحيانًا.

٥ - فهم قدرات الطفل، وميوله، وإمكانياته، والتعرف على مشكلاته مبكرًا.

٦ - الاهتمام بطرق دراسة الطفل، والقراءة المبسطة عن الطفولة؛ للحكم موضوعيًا على سلوك الطفل وأفعاله.

٧ - دراسة مشاعر الطفل بتركه يتمم قصة بدأناها نحن له.

٨ - التحدث إلى الطفل نفسه للكشف عن ميوله واتجاهاته.

المكان المناسب لإجراء عملية الإرشاد النفسى للطفل:

إن لتهيئة المكان المناسب لإجراء عملية الإرشاد النفسى للطفل أهمية خاصة، فسواء لجأ الطفل بنفسه للمرشد أم أن شخصًا آخر قام بتحويله يظل الطفل دائمًا بحاجة للعون فى مجالات النمو النفسى والاجتماعى والتعليمى؛ لذلك يجب إعداد المكان وتزويده بما يتناسب والحاجات الخاصة بكل طفل، وحجرة المرشد غير عادية، حيث ينبغى أن تكون جذابة للطفل بما فيما من لعب وكتب مصورة ونماذج

للحيوانات ومواد تشكيلية كالصلصال، وتساعد هذه اللعب والأدوات فى تسهيل عملية تعبير الطفل عن مشاعره واعتقاداته، أى تسهيل عملية الاتصال والتواصل، بل إن التواصل كله بين المرشد النفسى والطفل قد يتم - أحيانًا - من خلالها، إنه من الممكن أن يلعب المرشد النفسى مع الطفل مما يساعده على أن يضع يده على موضع ألم الطفل أو مشكلته، ويدرك المرشد النفسى تمامًا أن اللعب فى حد ذاته ليس هدفًا وإنما هو وسيلة اتصال، وتعبير تتيح له فهمًا أعمق للطفل، وتساعد الطفل أيضًا فى تقويمه وفهمه لنفسه، ووضع أهدافه، والقيام باختيار حلوله.

أهمية الإرشاد النفسى لأسرة الطفل المعوق:

يعتبر العمل مع أسرة الطفل المعوق أحد الوظائف المهمة التى يقوم بها المرشد الأسرى، فالإعاقة لا تؤثر على الطفل فحسب، ولكنها تؤثر على أفراد الأسرة بوجه عام، والوالدين بوجه خاص، وكما أن للطفل المعوق حاجات خاصة، فإن لوالديه حاجات خاصة يجب معرفتها، والعمل على تلبيتها بهدف تقديم المساعدة فى اكتساب المهارات التى من شأنها أن تجعل منهما معلمين فاعلين لطفلهما المعوق.

ومن أهم المبررات التى تستدعى إرشاد والدى الطفل المعوق، ما يلى:

١ - الإرشاد الأسرى يؤدى إلى تبصير الوالدين بمشكلة طفلهما، وإلى اكتشاف الإعاقة مبكرًا حتى يمكن السيطرة عليها، وعلى وضع الحلول والبرامج لتعليم وتأهيل الأطفال فى مرحلة مبكرة، وبالتالى تكون أكثر فاعلية.

دور المرشد الأسرى والمراحل التى تمر بها أسرة الطفل المعوق:

الأسر ذات الطفل المعوق تتباين ردود أفعالها تجاه هذا الطفل، وهذه الردود قد تختلف فى الأسرة الواحدة من مرحلة إلى مرحلة، كما أن المرشد النفسى له دور تجاه هذه الردود من الأفعال، بحسب نوع الميكانيزمات الدفاعية التى يلجأ إليها الوالدان.

وهنا يأتى دور المرشد النفسى للأسرة فى ضوء المراحل التى تمر بها الأسرة عند علمها بإعاقة طفلها عقليًا:

١ - مرحلة الصدمة: Shock

والتى تكتشف عندها الأسرة الإعاقة لدى طفلها، وهى مرحلة تنكر فيها الأسرة الإعاقة؛ كى تدافع عن نفسها ضد مشاعر الدونية والنقص، وتشعر فيها الأسرة بالإحساس بالفشل، وتقاوم التعليقات التى قد تصدر من الآخرين بشأن الطفل، وتحتاج الأسرة فى هذه المرحلة إلى أن يساعدها المرشد على أن تستبصر الواقع، وأن تفهم كيف تتصفر تجاه هذه الإعاقة.

٢ - مرحلة الشعور بالذنب : Guilt

هى مرحلة اعتراف الأسرة بالإعاقة، وفيها تحتاج الأسرة إلى أن يعاونها المرشد الأسرى، على أن مشكلة الإعاقة عند طفلها قابلة للتأهيل، ولتقليل آثارها، ويمكن للطفل أن يتعلم بعض المهارات، ويتدرب على بعض الأعمال التأهيلية.

٣ - مرحلة الاكتئاب والغضب : Depression and Anger

وتأتى هذه المرحلة إذا كانت الإعاقة شديدة، ومصحوبة ببعض المشكلات، فالتبول اللاإرادى أو العدوانية، وصعوبة الحركة، وتكثر هذه الحالة عند أسر الأطفال المرضى بالشلل المخى Cerebeal Palsy، وزملة أسبرجر drome As- perger Syn، حيث تزداد اعتمادية الطفل على الآخرين، وفى هذه المرحلة يقوم المرشد الأسرى باستخدام أساليب المناقشة، حيث يعتقد الوالدان أن الطفل المعوق هو عقاب من الله لهما على خطايا سابقة، وقد ينظران إلى أنهما سبب الحالة، وقد يرفضان الطفل، وهنا يقدم المرشد الأسرى بعض أساليب التوضيح والإقناع؛ وذلك للتأثير على طريقة تفكير الأسرة، ويمكن للمرشد الأسرى استخدام أسلوب الإرشاد الجماعى، وذلك ؟؟؟ له من فائدة، حيث يجعل بعض أعضاء الأسر

يتفاعلون مع بعضهم، وتتكون لديهم علاقات اجتماعية، وخبرات متبادلة تساعدهم في التغلب على مشكلة الطفل المعوق، كما تعاني أسرة الطفل المعوق من العديد من المشكلات، التي قد تعوقها عن القيام بدورها خير قيام، ومن أهم هذه المشكلات:

مشكلات تعاني منها الأسرة بسبب إعاقة طفلها، وتشمل الخلافات الزوجية، وإهمال أحد الوالدين للطفل، ومشاجرات بين الطفل وإخوته، وعدم تقبل الأسرة للطفل، ورغبتها في التخلص منه بأية وسيلة، وعدم معرفة الأسرة بكيفية تأهيل الطفل، والخجل من الظهور أمام الآخرين مع الطفل.

مشكلات يعاني منها الطفل (وتكون مصاحبة للإعاقة)، وتشمل: الانطواء، والعزلة، والنشاط الزائد، والتبول اللاإرادي، والخجل وقضم الأظافر، العدوانية، والشعور بالنقص، وصعوبات التعلم، والقلق، والاكتئاب النفسي.

كيفية إرشاد الوالدين:

١ - إن الملاحظة الواعية للطفل وتطوره، وما يطرأ عليه من أعراض، أو علامات تساعد على سرعة التشخيص، وقد تساعد أيضًا في تخفيف حدة الحالة.

٢ - إن الوقت الذي يقضيه الوالدان في المرور على طبيب بعد الآخر يحسن توفيره لرعاية الطفل المعوق.

٣ - من الضروري أن يبرأ الوالدان من أثر الصدمة، وألا يغرقا نفسيهما فيها وألا يتبادلا اللوم والاتهامات، فما كان لن يتغير.

٤ - إن الإيمان له دور كبير في مواقف الشدة، وعلينا أن نتسلح به دائمًا.

٥ - يحسن دائمًا أن نحصل على المعلومات من المختص، ومن المصادر الموثوقة، وأن نتعرف إلى غيرنا ممن لديهم المشكلة نفسها؛ لنستفيد من الخبرة.

٦ - إن المعلومات الدقيقة هي التي يجب أن نتعامل معها داخل الأسرة.

٧ - من الضرورى توزيع الاهتمام من جانب الوالدين على جميع أفراد الأسرة.

٨ - واجه الموقف بشجاعة، ولا تخفى الطفل عن الآخرين.

٩ - قدم المعلومات لباقى الأبناء حول حالة أخيهم، أو أختهم، وما يجب عليهم أن يتبعوه معه.

١٠ - لا تحجب الطفل عن أنشطة الحياة؛ لأنك بذلك تحرمه من خبرات مهمة، وتقلل من فرصة تعليمه ونموه.

١١ - التدخل المبكر يساعد على تقليل الآثار الضارة التى تنشأ عادة عن إهمال الإجراءات المناسبة فى الوقت المناسب.

١٢ - حاول أن تجعل العلاقات بين إخوة الطفل المعوق علاقات طبيعية فيها الرفق والمودة.

١٣ - تعليم الأبناء أن معاملة المعوقين يجب أن تكون بشكل مناسب وإيجابى وأنها التزام دينى، وأخلاقى، واجتماعى، يساعد كثيرًا على إشاعة جو الألفة والمودة فى الأسرة.

١٤ - لا تجعل أبناءك العاديين يشعرون بالحرمان نتيجة اهتمامك الزائد بالطفل.

١٥ - الطفل المعوق قد تنقصه بعض القدرات العقلية أو السمعية أو البصرية الذكاء، ولكن له حاجات، وله مشاعر، وهو قبل كل شىء إنسان يستحق الحب والرعاية.

الإرشاد النفسى للمكفوفين:

ديناميكية واستمرارية علاقة الطفل المكفوف بنفسه والآخرين وبيئته، ترتبط بتوافقه بين حاجاته ومتطلباته البيئية وهو الرضا بالواقع الذى يبدو هنا والآن مستحيلا على التغيير، ولكن إدراك الطفل المكفوف بصريًا للأشياء يكون إدراكًا

ناقصًا ينعدم فيه البعد البصرى الذى يتمثل فى ألوان الأشياء والأحجام وبعض الأشكال التى يمكن الإحاطة بها أو لمسها كالسماء مثلاً، ويؤثر ذلك بدوره على مستوى توافق الطفل النفسى، بدرجة أو بأخرى واندماجه، وبصفة خاصة لدى المعوق بصريًا، منذ الولادة والذى حدثت له الإعاقة البصرية فى مرحلة مبكرة.

فالتوجيه والإرشاد النفسى مسئولية اجتماعية يقوم بها فريق متكامل، وعلى جميع أفراد الفريق الحرص على أن يكون نتاج عملهم، نتاج عمل جماعى وهذا التعاون للعمل كفريق يتبادل الاستشارة والتعاون بين المسئولين بعضهم البعض لتحقيق أهداف برامج التوحيد والإرشاد.

أهداف الإرشاد النفسى للمكفوفين:

إن الإرشاد النفسى هو ظهور المكفوف فى حالة جيدة من الصحة النفسية وقصوره يعنى اضطرابات الصحة النفسية للمكفوف، وضعف قدرته على تقبل المسئولية كفرد فى المجتمع وإصدار السلوك المناسب فى ضوء المتوقع منه من قبل المجتمع وينعكس ذلك على مستوى الانسجام فى المحيط الاجتماعى.

ولهذا يتضمن الإرشاد النفسى على خدمات تساعد الفرد على اكتساب المهارات الشخصية والاجتماعية أو تعديلها مع استغلال كل طاقاته وقدراته لكى يحقق الأهداف التالية:

١- فهم المكفوف لذاته وذلك من خلال إدراكه لمدى قدراته ومهارته واستعداداته وميوله.

٢- تفهم المكفوف لمشكلاته سواء كانت خاصة بذاته أو بعلاقاته الاجتماعية وتفاعله مع المحيطين به.

٣- معرفة المكفوف جيدا لإمكانيات بيئته المادية والاجتماعية.

٤- استغلال المكفوف لإمكانياته الذاتية، وإمكانيات بيئته، الاستغلال الأمثل بما يحقق توافقه مع مراعاة معاييره وقيم مجتمعه.

ولتحقيق برنامج إرشادى للمكفوف هناك مجموعة من الإجراءات المخططة على أسس علمية تستهدف تقديم المساعدة للمكفوفين ومنهذه الإجراءات.

١- مدى الإعاقة ودرجتها.

٢- وجود أهداف محددة يعمل فى ضوئها البرنامج وتوضع على أساس حاجات الأفراد موضع الإرشاد.

٣- وجود خدمات إرشادية تدعم البرنامج.

٤- أن توضع له إجراءات تقييم موضوعية.

أرشادات للتعامل مع الكفيف:

١- المصافحة بدلاً من الابتسامة.

٢- أن تناديه باسمه.

٣= عدم رفع الصوت مع الكفيف أثناء الحديث.

٤- لا تشعر بالاحراج من التحدث عن كف البصر فهذا لا يضايقه.

٥- لا تفرقيه بالمساعدات الميه يشعر بوجوده (برفع صوته).

٦- الارشادات خذ بالك من يمثيل ؟؟؟؟؟ وفلفل.

٧- لا تتركى الابواب نصف مفتوحة فى المنزل والسيارة.

٨- إذا لزم تغير أماكن الاثاث تعلم الطفل بذلك.

٩- عدم مسك يد الكفيف مباشرة قد لا يكون محتاج إلى المساعدة.

كيفية التعامل مع الكفيف:

١- الكفيف مثل أى شخص لذا يجب أن يعامل كأى شخص بشكل طبيعى وبدون

افتعال. لان إظهار العطف الزائد والشفقة، وخاصة كلمة «مسكين» تجعله يشعر وكأنه عاجز حقًا.

٢- عندما تصافح طفلاً فلا بد من تحيته ومصافحته فى يده بدلاً من الابتسامة التى ترسمينها على شفتيك لإلقاء التحية عليه.

٣- عندما تتحدث إلى الطفل الكفيف، إعلمه أنك توجه إليه الحديث. فهو لا يرى عينيك حتى يعرف انك تتحدث إليه لذا نادى باسمه حتى يعرف أن الحديث موجه إليه، وخصوصًا عندما يكون ضمن مجموعة. كما عليك أن تستديرى وتنظرى باتجاهه وإن كان لا يراك فهو يحس ويدرك إن كنت تتحدثين إليه من خلال اتجاه صوتك.

٤- لا ترفع صوتك عند التحدث إلى الطفل الكفيف لأن ارتفاع الصوت يؤذيه ويؤدى إلى مضايقته.

٥- لا تشعر بالإحراج من استخدام مفردات تتعلق بالنظر (مثل انظر، هل رأيت، من وجهة نظرك)، فهذه الكلمات لا تحرج وهو يستخدمها فى حديثه، وإن كان لا يرى. ولا تتجنب استخدامها لأن ذلك سوف يحرجه.

٦- لا تشعر بالإحراج من التحدث عن كف البصر وعن إعاقته، فهذا لا يضايقه لأنه قد اعتاد عليها وإنما عليك إتباع الأسلوب المناسب.

٧- عند دخولك على طفلك الكفيف، دعه يشعر بوجودك وذلك عن طريق إخراج بعض الأصوات، ولا تعتمد على أنه يعلم بوجودك، فهو لا يراك حين تدخل غرفته.

٨- إذا كنت قد أنهيت حديثك إليه ورأدت مغادرة الغرفة فعليك أن تعلميه فهو لا يراك حين تغادر ومن المحرج له أن يتحدث إليك وهو يظن أنك ما تزال فى الغرفة ويكتشف بعد ذلك أنه يحدث نفسه.

٩- لا تغرقيه بالمساعدات خصوصًا فى الحالات التى يمكنه القيام بالعمل بمفرده، لأنك بذلك تجعل منه شخصًا عاجزًا عن القيام بأبسط الأفعال. ومع مرور الزمن، لن يستطيع الاعتماد على نفسه أبدًا وسيتكل على الآخرين بشكل تام.

١٠- إذا قام طفلك الكفيف بأداء عمل بسيط معتمدًا على نفسه، فلا تنظر إليه باستغراب وكأن عمله معجزة، ولا تقول له: «هل فعلت ذلك وحدك بدون مساعدة؟».

١١- إذا أردت إرشاد طفلك الكفيف إلى شىء، فلا تقول له: «هناك»، وإنما كونى دقيقة فى الشرح وقولى له: «على يمينك على بعد قدمين».

١٢- عند تواجدك فى مكان ما مع طفلك الكفيف، اشرح له ما يوجد حوله حتى تتكون لديه فكرة عما يحيط به تفاديًا لما قد يوقعه إذا تحرك بدون أن يكون على علم بما حوله. فقد يصطدم بأشياء لم يكن على علم مسبق بموقعها، وكذلك فإن الأشياء المعلقة والبارزة على مستوى رأسه قد تكون خطيرة إذا لم يعلم بوجودها.

١٣- لا تترك الأبواب نصف مفتوحة فإن ذلك يعرض طفلك الكفيف لخطر الاصطدام بها، فالأبواب يجب أن تكون إما مغلقة وإما مفتوحة تمامًا. وإذا لزم الأمر وبدلت توزيع الأثاث، فعليك إعلامه بهذا التغيير تجنبًا لأى صدمات غير متوقعة.

١٤- إذا لزم الأمر تغيير أثاث الغرفة أو تحريك أى قطعة من مكانها الذى اعتاد عليه الكفيف، فعليك إعلامه بهذا التغيير تجنبًا لأى صدمات غير متوقعة

١٥- عند تقديمك شيئًا للكفيف، فلا تطلب منه أن يتناوله منك لأنه لا يرى اتجاه يديك وموقعك. لذا، قوم بإصدار صوت بالشىء الذى تريدين تقديمه

له فيسمع الصوت ويعرف الموقع والاتجاه ويسهل عليه أخذه، وإما أن تقربيه من يده حتى يلمسه ويشعر به فيستطيع أخذه.

١٦- عند تقديمك شرابًا له، لا تملئى الكأس إلى آخرها. وإذا قدمت له طعامًا فاذكرى نوعية هذا الطعام، واذكرى موقعه على الطاولة وموقع الكأس والأدوات الأخرى، وذلك لكى يتسنى له أخذ ما يريده بدون أن يوقعه، علمًا أن أفضل طريقة لشرح مواقع الأشياء تتمثل فى استخدام «طريقة الساعة»، وهى كالتالى: تشرحين للكفيف وتقولى له إن الكأس عند الساعة ٦ والطبق عند الساعة ٣ وقطعة الجبن عند الساعة ٩.. وهكذا.

١٧- عند توصيل طفلك الكفيف إلى سيارة ما فلا تفتحى له الباب، فإنك إن فعلت ذلك تعرضينه لخطر الاصطدام بحافة الباب. لذا يكفى أن تضعى يده على مقبض باب السيارة، وهى يقوم بالباقى.

١٨- إذا قابلت كفيفًا فى الطريق فلا تمسك يده مباشرة وتجره فقد لا يحتاج إلى مساعدتك.. وعليك أولاً أن تعرض عليه المساعدة، فإذا كان بحاجة إليها طلبها منك وإذا رفضها فهذا يعنى أن بإمكانه الاعتماد على نفسه فى هذا الأمر ويجب أن نشجعه على ذلك.

واجبات الأسرة فى رعاية الكفيف:

إن واجب الأسـرة تجـاه طفلهـا الكفـيف مـهم وخطيـر فى ذات الوقت، لأن الأسرة تتولى رعاية طفلها الكفيف منذ نعومة أظافره، وتتدخل تدخلاً مباشرًا فى تشكيل شخصيته، وتؤثر بدورها على صحته النفسية الأولى، فالأسرة هى المسئولة عن رسم معالم مستقبل طفلها الكفيف.

وإذا تطرقنا إلى مـوقف الأسـرة تجـاه أبناها الكفـيف نرى أن هذه المواقف تتمثل فى رفض الاعتراف بإعاقة الطفل وتجاهله، وقبول الطفل المعاق وهى كارهة وعدم إظهار ذلك للآخرين، السخط على القدر والنزاع المستمر بين الزوجين.

الاتجاهات الإيجابية للأسرة تجاه الكفيف:

ولأجل بلوغ أهداف التربية الاجتماعية وتحقيق العمل التربوى السليم للطفل الكفيف يجب على أعضـاء الأسـرة وبخاصـة الوالدين أن يلمـوا إلمامًا صحيحًا بالأهمية العلمية والتربوية والاجتماعية لأعضاء وحواس الجسم، حتى يمكن أن يسير الطريق إلى العمل التربوى - وبالتالى إلى التكيف الاجتماعى - فى مجراه السليم، لذا فمن الضرورى أن تأخذ الأسرة فى الاعتبار الحقائق التالية:

١- تدريب الحواس:

إن تربية الحواس الباقية تعتبر أهم واجب من واجبات أفراد الأسرة فتدريب الحـواس البـاقيـة أسـاس من أسس التكيف الاجتمـاعى للكفـيف، فـالحـواس هى الوسـائل التى تحمل الخبـرة للإنسـان فعن طريقـهـا يتـصل الكفيف بما فى بيئتـه المحيطة به من أشياء وبذا يكتسب عن طريقها الخبرة والمعرفة وتقوم كل حاسة بوظيفتهـا فى تلقى المثيـرات المختلفة فتسـاعده على التكفيـر وتكوين المفاهيم والمعانى. وهذا يؤدى إذا إدراك فائدة الحواس فى الإلمام بالبيئة المحيطة بالكفيف وزيادة الشعور بأهمية التحصيل فى مجال اللمس والسمع بصفة خاصة.

استخدام جميع الأساليب الوقائية والعلاجية لأى مرض أو مضاعفات أمراض أخرى تقلل من إيجابياتها وسلامة الحواس أداءها الوظيفى ولعل هذا ما تؤديه الأسرة فى سبيل تنمية القدرات العقلية.

محاولة ربط المثيرات التى يتعرض لها الكفيف بما يتناسب قدراته وسلامة الحواس الأخرى.

تدريب الأطفال على تنمية الحواس الأخرى منذ الصغر على الاستخدام الصحيحة للحواس.. إن التربية المثالية هى التى تهدف إلى تجويد الحياة وحث الرغبة فى البحث عن طريق اللمس والسمع والشم والتذوق والإدراك.

٣- اكتساب الخبرات:

اكساب الكفيف الخبرات التى تؤهله لكيفية التعامل مع البيئة المحيطة والالمام بها حتى يتعلم جوهر الأشياء وصفاتها منذ بداية نمو إدراكه العقلى، ومدى إشباع هذه المعلومات والخبرات مرتبط بالأشياء الحقيقية فى عالمه والموجودة فى حياته.

وبناء على هذه الحقيقة يجب أن نطلع الكفيف على جميع محالات النشاط البشرى فى البيئة والمجتمع تبعًا لقدراته التحصيلية وبالطرق والوسائل المناسبة لظروفه الخاصة، ويحسن بل من الضرورى أن يزود القائم على رعاية الكفيف بشرح موجز ومبسط لكل ما يقدمه له من خبرات ومهارات.

٤- إبراز دوره فى المسئولية:

من أجل تربية الطفل الكفيف تربية سليمة يجب أن تعامله معاملة سوية بحيث لا نفرق بينه وبين الطفل العادى من حيث مظاهر وصفات النمو الرئيسية لشخصية الطفل، لذا يجب علينا أن نعرف نتائج فقدان البصر لنضعها فى اعتبارنا عند تربية الطفل الكفيف حتى يمكن أن يعوضه إلى أكبر حد ممكن فيما حرمه العمى بمختلف الأساليب والإمكانات المتوفرة.

٣- تجنب الحماية الزائدة:

وبهذا تستيقظ فى الطفل احتياجات خاطئة ولكن لا تزيد من استقلاله الذاتى.. وهذا يؤكد أن الخدمة المستمرة للطفل الكفيف من جانب والديه وإخوته تؤدى إلى ضعف الإرادة، وعلى العكس من هذا فعندما يتعود الطفل على خدمة نفسه بنفسه فتتكون حينئذ قاعدة لها قيمتها فى توظيف إرادة الطفل الكفيف.

وهذا الموقف من جانب الوالدين مظهر من مظاهر الإفراط فى رعاية الطفل الكفيف وحمايته التى تتمثل فى الحماية الزائدة من الأخطار، والمغالاة فى رعايتهم، والتفكير الدائم عن مصيرهم مع الإعاقة، وعجزه فى الدفاع عن نفسه من خطر ومضايقات واعتداءات الآخرين عليه أثناد اللعب أو الاختلاط معهم.

ونتائج هذا الأسلوب من التربية الخاطئة وهو الإفراط فى رعاية الطفل الكفيف وحمايته والإسراف فى الحب والعطف عليه تنحصر فى الآتى:

أ- تعطيل نموه فلا تتاح له فرص الاستقلال بنفسه ولا تنمية ذات مستقلة من الآخرين.

ب- فقد الثقة بنفسه لأنه يشعر بأنه عاجز عن القيام بإشباع حاجاته بنفسه، ويتضح ذلك عندما يخرج إلى الحياة الاجتماعية بعيدًا عن أسرته.

جـ- تنمية صفة الأنانية فهذا الأسلوب يجعله يصور نفسه كأنه مركز الحياة وعندما يخرج إلى الحياة ولا يجد نفس الاهتمام الذى كان يجده فى الأسرة يعتقد أن المجتمع لا يقدره فيتخذ موقفه نحو العالم الخارجى إما على شكل عدوانى وإما على شكل انطوائى أو انعزالى عنه، وبذلك يختل توافقه مع الآخرين.

د- حرمانه من فرص التعليم الذاتى لأنه تعود على أن يقدم له كل شىء وبذلك لا يقوى على مواجهة الحياة وما يصادفه من صعاب ومشكلات.

هـ- عدم النمو والنضج الاجتماعى السليم.

من الواجبات المهمة للأسرة أن تسعى ليتمتع الطفل الكفيف بفترة شباب سعيدة وذلك عن طريق طفولة تتميز بحرية الحركة واللعب فى جماعة والترفيه الموجه الذى يولد السرور والابتهاج الفطرى للعقل فيكسب الطفل الكفيف بهذا كنزًا لا يفنى لحياته المستقبلة وأى فترة طفولة كئيبة ومعوقة للنمو الطبيعى تبقى فى عواطف الكفيف مثل الظلال السوداء التى لا تختفى أبدًا حتى خلال سعادة حياته المستقبلة. وعلى العكس من ذلك فإن طفولة سعيدة تعتبر التربية الصالحة التى يلقى فيها بالأخلاق الفاضلة والبذور الطيبة.

وهذا يؤكد أهمية مرحلة الطفولة المبكرة فى حياة الإنسان ففيها تتكون المعالم الأولية لشخصية الطفل وفيها تنمو بذور التوافق والتكيف. والواقع أن كل إنسان يحمل فى طيات نفسه رواسب الطفولة، والخبرة فى الطفولة تحدد بدرجة واضحة وسيلة الرضا النفسى والتوافق فى الحياة المتأخرة، وهذا يوضح بجلاء العلاقة الوثيقة بين التكيف وعملية النمو، وحيث أن البيئة المحيطة بالطفل تعتبر عاملاً هامًا فى تشكيل شخصية وتكوين اتجاهاته وميوله.

د- إن الحاجة إلى الحب ذات جذور عميقة فى حياة الإنسان، فالطفل الكفيف كأى عادى يولد عاجزًا عن التكيف بنفسه مع البيئة الاجتماعية والطبيعية المحيطة به، إذ يحتاج إلى من يرعاه ويشبع حاجاته الأولية، ونتيجة لذلك ينشأ الطفل معتمدًا على الآخرين، وهذا يولد فيه الحاجة إلى الرفيق، وتشبع هذه الحاجة خلال ارتباطه مع أفراد أسرته، وطول مدة الطفولة التى تحتاج فيها إلى رعاية الآخرين وظروف إعاقته هى التى تولد فيه الحاجة إلى انتباه الآخرين وتقديرهم وحبهم له.

وعدم إشباع حاجة الطفل إلى الحب يؤدى إلى تحطيم نفسيته، والحرمان منه يؤدى إلى القلق وغيره من ألوان الاضطراب النفسى، والبحوث أكدت أن انتزاع

الطفل من أمه ووضعه مثلاً فى مؤسسة عامة يؤدى إلى اضطرابات نفسية وتأخر فى نموه الجسمى والعقلى والاجتماعى، لذا فإن إشباع حاجة الطفل الكفيف إلى الحب شرط أساسى لصحته النفسية ونموه السليم وتكيفه مع البيئة المحيطة به.

هـ- إن الانتماء إلى جماعة الأسرة حاجة من الحاجات الأساسية للنمو النفسى والاجتماعى عند الطفل الكفيف إلا أنه فى بعض الأسر يقوم الأب أو الأم بدافع من موقفه نحو العمى بأنماط من السلوك تدفع الطفل الكفيف إلى الشعور بأنه غير مرغوب فيه، وكلما تكررهذا السلوك وخاصة فى المرحلة الأولى من حياة الطفل أصبح ذى أثر سئ فى تربيته وصحته النفسية، ومن بين أهم أنماط السلوك التى تدعو الطفل الكفيف إلى الشعور بأنه غير مرغوب فيه ما يلى:

١- إهمال الطفل وعدم السير على راحته.

٢- عدم الاعتناء به أثناء المأكل والملبس ونظافته اليومية.

٣- الانفصال عنه لفترات طويلة أو قصيرة من اليوم.

٤- إظهار مشاعر عدم التقبل.

٥- إهمال شئون الطفل اليومية وعدم السهر على راحته.

و- إن الطفل الكفيف فى حاجة شديدة إلى الشعور بالأمن والاطمئنان النفسى، ولا تشبع هذه الحاجة إلا إذا بادلته الأسرة المحبة وقبلت إعاقته ومصيره، واستقرت فى اتجاهها نحو الإعاقة وبالتالى فى أساليب المعاملة معه، فشعور الطفل الكفيف بحب من يحيون به ضرورى لشعوره بالأمن، وهذا الحب يجب أن يكون حبًا حقيقيًا وليس مظهرًا خارجيًا لحب مفروض من الخارج.

والحب لا يشعر به الطفل الكفيف إلا إذا أحس بأن الأسرة تقبلته كما هو

عليه ومرغوب فيه وكلما كانت اتجاهات الأسرة نحوه ومعاملتها له ثابتة ومستقرة ولا تتعرض للتذبذب أو التغير ساعد ذلك على شعوره بالأمن والطمأنينة بصفة مستمرة. وثبات أساليب المعاملة شرط أساسى منشروط سلامة شخصيته واستقراره النفسى، أما اختلافها وتغيرها (بين قسوة الأب وصلابته ورفضه لتقبل ابنه الكفيف وبين تعاطف الأم وحبها لابنها يؤدى إلى حرمان الطفل من هذا الشعور واضطرابه النفسى وعدم تكيفه.

والخلاصة أن تقبل الطفل ومحبته واستقرار هذا الموقف نحوه شرط أساسى لنموه الانفعالى، وتكيفه السليم مع أسرته وبالتالى مع مجتمعه.

٤- البعد عن أساليب التربية الخاطئة:

أ- إن العلاقة الوثيقة الدائمة التى تربط بين الأم وطفلها الكفيف أساس لتربيته السليمة ولصحته النفسية المستقرة، وغياب هذه العلاقة يؤدى إلى حرمانه من رعاية أمه وعطفها، وهذا الحرمان يكون ضارًا إذا كانت توجد علاقة طيبة وثيقة ثم حرم منها الكفيف لسبب أو لآخر وبخاصة فى مرحلة الطفولة المبكرة. ويؤدى الحرمان من رعاية الأم واهتمامها بطفلها الكفيف إلى تعطيل النمو الجسمى والحسى والعقلى والاجتماعى.

ب- إن إشعار الطفل الكفيف بعدم التقبل والنبذ والإهمال له تأثيره البالغ فى عدم تربيته التربية الاجتماعية السليمة، لأنه يعتمد بحكم إعاقته على والديه فينتظر منهما القبول والاهتمام والرعاية والعطف والحنان، ومن أساليب الإهمال والنبذ والرفض: التهديد بالعقاب البدنى - التهديد بالطرد من المنزل - كثرة التحذيرت - إذلال الطفل فى صورة نقد أو سخرية - أو يقارنه بغيره من المبصرين - عصبية الأم وخاصة أثناء إشباع حاجاته الأولية - عدم حمايته من الأخطار الخارجية، أو من أذى إخوته وسوء معاملتهم له.

ومن نتائج هذا السلوك التربوى الخاطئ: العدوان - العناد - حقده عليهم - تحدى السلطة والأوامر - الميل إلى التخريب والتدمير.

جـ- إن الإفراط فى التسامح والتساهل والصفح فى معاملة الطفل الكفيف يؤدى إلى نتائج عكسية، ويرجع سبب هذا السلوك إلى أن الأب أو الأم قد بادلا الطفل الكفيف فى أول الأمر شعوره بالبغض والكراهية والحرمان من الحب والتقدير ثم شعرا بالإثم وبخطأ هذا التصرفات فأرادا أن يكفرا عن هذه الأخطاء باتخاذ سلوك مضاد أو عكسى يتمثل فى التسامح والتساهل والصفح عن كل ما يصدر عنه والعطف المبالغ فيه، ويترتب على هذا السلوك: عدم النضج الانفعالى تأييد سلوكه وتصرفاته الخاطئة - الاعتماد عليهما بصفة مستمرة - عدم الشعور بالمسئولية الاضراب النفسى عند مواجهة بعض المواقف فى حياته العملية.

د- إن التربية السليمة التى تقوم على صرامة الوالدين وقسوتهما نحو الطفل الكفيف تحرم الطفل من التربية السليمة والاستقرار النفسى والتكيف ومن إشباع الكثير من حاجاته النفسية. ومثال ذلك: الأمر والنهى - النقد المستمر - العقاب والتهديد - مقاومة رغبات وميول الطفل. ومن أهم نتائج هذا الأسلوب من المعاملة يتمثل فى ميل الطفل إلى الاستكانة - الخنوع والخضوع والطاعة العمياء - عدم القدرة على المناقشة وإبداء الرأى - الشعور بعدم الثقة فى قدراته وذاته - عدم القدرة على مواجهة مواقف الحياة العملية بمفرده.

وهكذا تتضح لنا الأهمية التربوية والاجتماعية والسيكولوجية الواجبات الرئيسية للتربية الاجتماعية السليمة من جانب أفراد الأسرة نحو الطفل الكفيف حتى يمكن لهم أن يدركوا أهمية الدور الذى يقومون به فى تربية الطفل الطفل التربية الصحيحة وتكوين شخصيته بتشكيل حياته ومستقبهل.

الاتجاهات السلبية للأسرة تجاه الكفيف:

تتأثر العلاقات بين أفراد الأسرة والطفل الكفيف ولا تسير فى طريقها الطبيعى مثل غيره من أخواته الأطفال بسبب كف بصره، وتظهر فى صورة اتجاهات والديه سلبية نحو الطفل الكفيف ويتضح ذلك فى الآتى:

١- الاتجاه نحو إنكار العجز.

٢- الاتجاه نحو دليل الطفل وازدياد الشفقة نحوه.

٣- الاتجاه نحو رفض الطفل بصورة مريحة.

٤- الاتجاهات السلبية داخل المدرسة تجاه الكفيف.

أن الاتجاهات السلبية لدى المعلمين والطلاب والعاملين بالمدارس العامة إزائهم وإصرارهم على عدم تواجدهم معهم والتى يمكن أن ينعكس أثارها بالسلب مما يخلق لديه عوامل نفسية واضطرابات تؤدى بدورها إلى إلى أساليب دفاعية لدى الكفيف تكون منه شخصية انطوائية وانسحابية أو قد يلجأ إلى الهروب والعزلة.

المراجع

المراجع العربية

١- أحمد قطب وبهاء الدين جلال، ٢٠٠٣، دليل الاخصاء النفسى للقياس النفسى وتعديل السلوك، مطبعة الجمعية النسائية بجامعة أسيوط.

٢- أحمد عثمان صالح وآخرون، ٢٠٠٩، تواصل العميان، مكتبة الإنجلو المصرية.

٣- أحمد السعيد يونس، ومصرى عبد المجيد حنورة، ١٩٩١، رعاية الطفل المعوق عقليًا طبيًا ونفسيًا واجتماعيًا، القاهرة - دار الفكر العربى.

٤- أحمد ماهر، ٢٠٠٥، التربية الرياضية للمكفوفين، مكتبة الإنلجو المصرية.

٥- أمين أنور الخولى، أسامة كامل راتب، ١٩٨٢، التربية الحركية - دار الفكر العربى القاهرة.

٦- اندريه مورالى، ١٩٧٩، علم النفس التطبيقى - القاهرة - دار نهضة مصر.

٧- آمال باظة، ٢٠٠٤، تشخيص غير القادرين ذوى الاحتياجات الخاصة - القاهرة - مكتبة زهراء الشرق.

٨- آمال باظة، ٢٠٠٤ تشخيص غير العاديين ذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة - مكتبة زهراء الشرق.

٩- جابر عبد الحميد وعلاء الدين الفافى، ١٩٩١، معجم علم النفس والطب النفسى، مكتبة النهضة المصرية.

١٠- جمال عبد الرحمن، ٢٠٠١، أطفال المسلمين كيف رباهم النبى الأمين (ﷺ)، دار طيبة الخضراء.

١١- جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، الإضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب - القاهرة.

١٢- جابر عبدالحميد، علاء الدين كفافى، ١٩٩٢، قاموس علم النفس والطب النفسى جـ٥، دار النهضة العربية.

١٣- جابر عبدالحميد، علاء الدين كفافى، ١٩٩٢، قاموس علم النفس والطب النفسى جـ٦، دار النهضة العربية.

١٤- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاحى، ١٩٩٥، معجم علم النفس والطب النفسى جـ٧ - القاهرة - دار النهضة المصرية.

١٥- حنان حسن سليمان ٢٠١٠، الاحتياجات التربوية للمعاقين بصريًا، مكتبة زهراء الشرق.

١٦- حسين فايد، ٢٠٠١ الاضطرابات السلوكية (تشخيصها - أسبابها - علاجها) مؤسسة حبيبة للنشر والتوزيع - القاهرة.

١٧- حامد زهران، ١٩٩٧، الصحة النفسية والعلاج النفسى، عالم الكتب - القاهرة.

١٨- خليل المعايطة، ٢٠٠٠، الاعاقة البصرية القاهرة دار الفكر العربى.

١٩- دليل التربية الخاصة للمعلم المرشد التربوى، ١٩٩٣، صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعى التطوعى الأردنى للتعاون مع وزارة التربية والتعليم طـ٢، عمان الأردن.

٢٠- رجب شعبان، ٢٠٠٠، سيكولوجية الفئات الخاصة، القاهرة. دار العلم.

٢١- رجب شعبان، ٢٠٠٠، سيكلولوجية الفئات الخاصة - القاهرة - دار العلم.

٢٢- زكريا أحمد الشربينى، ١٩٩٤، المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة - دارالفكر العربى.

٢٣- زينب محمود شقير، ١٩٩٩، سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، مكتبة النهضة المصرية - القاهرة.

٢٤- زينب محمود شقير، ٢٠٠٥، أسرتى - مدرستى: أنا ابنكم المعاق ذهنيًا - بصريًا سمعيًا. سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة بالمعوقين القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، جـ٢، طـ٢.

٢٥- زينب محمود شقير، ٢٠٠٥، الشموع المضيئة نحو الكفيف وضعيف البصر - مكتبة النهضة المصرية. القاهرة.

٢٦- زينب محمود شقير، ٢٠٠٠، سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، (الخصائص -

صوبات التعلم - التعليم - التأهيل - العلاج - الدمج) مكتبة النهضة المصرية.

٢٧- سعد جلال، ٢٠٠١، القياس النفسى، دار الفكر العربى.

٢٨- سمير أحمد عوض، ١٩٨٦، الثروة المعدنية والعالم العربى.

٢٩- سيد صبحى، ٢٠٠٠ تربية وتأهيل الكفيف رؤية معاصرة، دار الكتب المصرية.

٣٠- سميرة أبو الحسن النجار، ٢٠٠٧، سيكولوجية الإعاقة ومبادئ التربية الخاصة، حورس للطباعة والنشر - القاهرة.

٣١- سيد خير الله، لطفى بركات. ١٩٦٧، سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته، الأنجلو المصرية، القاهرة.

٣٢- سيد صبحى، ١٩٨٣، ابتكارية الكفيف، المركز النموذجى، القاهرة.

٣٣- سيد صبحى، ١٩٩٥، الرعاية الأسرية للكفيف، المركز النموذجى، القاهرة.

٣٤- سامى عبد القوى، ١٩٩٥، علم النفس الفسيولوجى، مكتبة النهضة المصرية - القاهرة.

٣٥- سميرة أبوزيد نجدى، ٢٠٠١، برامج وطرق تربية لطفل ما قبل المدرسة، مكتبة الزهراء. الشرق.

٣٦- سيد محمد غنيم، ١٩٧٥، سيكولوجية الشخصية (محدداتها - قياسها - نظرياتها) دار النهضة العربية، القاهرة.

٣٧- سامى عبد القوى، ١٩٩٥، مقدمة فى علم النفس الفسيولوجى، القاهرة - مكتبة النهضة العربية.

٣٨- سلوى عبدالهادى شكيب، ١٩٩٣، برنامج تمرنيات تأهيلى علاجى لبعض التشوهات القوامية لدى مكفوفى البصر وأثره على كل من الكفاءة الوظيفة والإنتاجية - رسالة ماجستير كلية التربية الرياضية جامعة حلوان - القاهرة.

٣٩- سيد صبحى، ١٩٩٦، تنمية المفاهيم لدى الطفل الكفيف - المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين - القاهرة.

٤٠- سيد صبحى، ١٩٩٦، تنمية المفاهيم لدى الطفل الكفيف المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين - القاهرة - الزيتون.

٤١- شاهين رسلان، ٢٠١٠، العمليات المعرفية للعاديين وغير العاديين، مكتبة الانجلو القاهرة.

٤٢- شاهين رسلان، ٢٠١٠، سيكولوجية أسرة المعوق سميعًا، مكتبة الإنجلو المصرية.

٤٣- شاهين رسلان، ٢٠٠٨، علم النفس الإرشادى - محاضرات جامعية - القاهرة.

٤٤- شاهين رسلان، ٢٠٠٥، الشباب وخطر الأدمان - مكتبة النهضة المصرية - القاهرة.

٤٥- شاهين رسلان، ٢٠٠٩، سيكولوجية الإعاقات العقلية والحسية - مكتبة الإنجلو المصرية - القاهرة.

٤٦- صفاء الأعسر، ٢٠٠٢، تنمية الإمكانات البشرية دليل الأخصائى النفسى بين النظرية والتضبيق - كلية البنات - جامعة عين شمس.

٤٧- طلعت منصور وآخرون، ١٩٨٩، علم النفس العام، مكتبة الانجلو المصرية القاهرة.

٤٨- طلعت منصور وآخرون، ١٩٨٩، أسس علم النفس - القاهرة - مكتبة الانجلو المصرية.

٤٩- عبد الرحمن العيسوى، ١٩٩٤، الاعصبة النفسية والذهانات العقلية، دار المعرفة الجامعية إسكندرية.

٥٠- عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، العلاج المعرفى السلوكى أساس وتطبيقات، دار الرشاو القاهرة.

٥١- عبد الستار إبراهيم، ٢٠٠٢، الحكمة الضائعة الابداع والاضطراب النفسى والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة العدد ٢٨٠.

٥٢- عبد الرحمن سيد سليمان، ٢٠٠٠، سيكولوجية زوى الاحتياجات الخاصة (الخصائص والسمات)، مكتبة زهراء الشرق.

٥٣- عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٧، نمو الإنسان فى الطفولة والمراهقة الأسس، النظريات والمراحل والمشكلات، مكتبة زهراء الشرق.

٥٤- عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٩، سيكولوجية زوى الاحتياجات الخاصة (المفهوم والفئات)، مكتبة زهراء الشرق.

٥٥- علاء الدين كفافى، ١٩٩٩، الارشاد والعلاج الأسرى، دار الفكر العربى.

٥٦- علاء الدين كفافى، ٢٠٠٣، الارشاد الأسرى للطفل المعوق، دار الفكر العربى.

٥٧- علاء الدين كفافى، ١٩٨٩، التنشئة الولادية والأمراض النفسية، هجر للطباعة والنشر والتوزيع.

٥٨- عبد المطلب أمين القريطى، ٢٠٠١، سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة: دار الفكر العربى.

٥٩- عبد الفتاح صابر (١٩٩٩/ ٢٠٠٠) التربية الخاصة لمن؟ لماذا؟ كيف؟ القاهرة، مكتبة ميديارنت.

٦٠- عادل عبد الله، ٢٠٠٤، الإعاقات الحسية، دار الرشاد، القاهرة.

٦١- عبد الوهاب كامل، ١٩٩٣، النموذج الكلى لوظائف المخ، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد ٤ أبريل ١٩٩٣.

٦٢- عبد الوهاب كامل، ١٩٩٣، بحوث فى علم النفس، دراسات ميدانية، مكتبة النهضة - القاهرة.

٦٣- علاء الدين كفافى، ١٩٨٩، التنشئة الوالدية والأمراض النفسية. دراسة أمبريقية كلينكية، دار هجر للطباعة والنشر.

٦٤- عبدالوهاب كامل، ١٩٨٠، أسس تنظيم السلوك، مدخل فسيولوجى عجى لتناول الظواهر النفسية، جـ١، طنطا، مؤسسة سعيد للطباعة.

٦٥- عايدة السيد محمد، ١٩٨٥، دراسة تجريبية فى مجال تنمية قدرات التحرك والتوجه لدى مكفوفى البصر باستخدام مناشط الحس فى تدريبات جمياز الموانع - مجلة المعهد العالى للصحة العامة المجلد (١) العدد (٢) الإسكندرية.

٦٦- عبدالعزيز الشخص، ١٩٩٦، مدخل إلى سيكولوجية غير العاديين. المطبعة النفية الحديثة.

٦٧- عبدالعزيز الشخصى، ١٩٩٢، قاموس التربية الخاصة وتأهب غير العاديين، مكتبة الإنجلو المصرية - القاهرة.

٦٨- عزة عمر عبدالحليم، ١٩٨٩، تمرينات مقترحة لتطوير قدرة الإحساس الحركى العضلى فى درس التربية الرياضية للتلاميذ المكفوفين من سن ٩ إلى ١٢ سنة - مجلة نظريات وتطبيقات - المجلد ١٠٣ العدد (٧) - كلية التربية الرياضية - الإسكندرية - جامعة حلوان.

٦٩- عبد الحليم محمود السيد وآخرون، ١٩٩٠، علم النفس العام - القاهرة - دار غريب للطباعة والنشر.

٧٠- عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٩، سيكلولوجية ذوى الحاجات الخاصة المفهوم - الفئات جـ٢ - القاهرة - مكتبة زهراء الشرق.

٧١- عبد المطلب أمين القريطى، ١٩٩٦، سيكلولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم - القاهرة - دار الفكر العربى.

٧٢- عبد الفتاح محمد دويدار، ١٩٩٤، الأساس البيولوجى والفيزيولوجى للشخصية من المنظور السيكلولوجى - القاهرة - دار النهضة العربية.

٧٣- علاء الدين كفافى، ١٩٩٩، الارشاد والعلاج النفسى الأسرى المنظور النقى الاتصالى - القاهرة - دار الفكر العربى.

٧٤- فاروق الروسان، ١٩٩٩، أساليب القياس والتشخيص فى التربية الخاصة، دار الفكر العربى.

٧٥- فاروق السيد عثمان، ٢٠٠٢، القلق وادارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربى.

٧٦- فاروق الروسان، ١٩٩٨، قضايا ومشكلات التربية الخاصة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع - عمان الاردن - ساحة المسجد الحسينى عمارة الحجيرى.

٧٧- فهيم مصطفى، ٢٠٠٥ مدرسة المستقبل ومجالات التعليم عن بعد، دار الفكر العربى.

٧٨- فاروق الروسان، ١٩٩٦، سيكولوجية الأطفال غير العاديين. جـ١، دار الفكر. عمان.

٧٩- فاروق سيد عبد السلام وآخرون، ١٩٩٢، مدخل إلى الإرشاد التربوى والنفسى، دار الهدى للنشر والتوزيع. الرياض.

٨٠- فتحى السيد عبد الرحيم، ١٩٨٣، قضايا ومشكلات فى سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين (النظرية والتطبيق)، دار القلم. الكويت.

٨١- فؤاد أبوخطب، وآمال صادق، ١٩٩٠، نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين. ط٤، القاهرة: مكتبة الإنجلو.

٨٢- فؤاد السيد البهى، ١٩٨١، علم النفس الاجتماعى - القاهرة - دار الفكر العربى.

٨٣- فاروق عبد الفتاح موسى، ١٩٨٥، أسس السلوك الإنسانى مدخل إلى علم النفس العام - الرياض - عالم الكتب للنشر والتوزيع.

٨٤- فتحى السيد عبد الرحيم، ١٩٩٩، قضايا ومشكلات فى سيكلولوجية الاعاقة ورعاية المعوقين (النظرية والتطبيق) - الكويت - دار القلم للنشر والتوزيع.

٨٥- فتحى مصطفى الزيات، ١٩٩٦، سيكلولوجية التعلم بين المنظور الارتباطى والمنظور العاطفى - المنصورة - مطابع الوفاء.

٨٦- فيوليت فؤاد إبراهيم، ١٩٩٤، الصحة النفسية وبعض المتغيرات الأسرية ودور الإرشاد النفسى للشباب من الجنسين مجلة الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى - جامعة عين شمس، العدد الثالث، صـ٢.

٨٧- كمال سالم سيد سالم، ١٩٩٧، المعاقون بصريًا خصائصهم ومناهجهم، الدار المصرية اللبنانية - القاهرة.

٨٨- كلير فهيم، ٢٠٠٥، رعاية الأبناء ذوى الاحتياجات الخاصة - دار المعارف القاهرة.

٨٩- كمال سيد سالم، ١٩٩٧، المعاقون بصريًا، خصائصهم ومناهجهم - ط١ الدار المصرية اللبنانية - القاهرة.

٩٠- كوثر عبدالعزيز مطر، ١٩٨٢، دراسة حول التربية الرياضية للفتيات الكفيفات فى ج.م.ع - رسالة دكتوراة - جامعة المنيا.

٩١- كمال سالم سيد سالم، ١٩٩٥، المعوقون بصريا خصائصهم ومناهجهم - القاهرة - الدار المصرية اللبنانية.

٩٢- لويس كامل مليكة، ١٩٩٤، العلاج السلوكى وتعديل السلوك، مكتبة الانجلو المصرية.

٩٣- ليلى محمود، ٢٠٠٦، مشكلات طفلك النفسية. القاهرة: دار مصطفى للنشر والتوزيع.

٩٤- محمود عطية، ٢٠١٠، ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهتها، مكتبة الانجلو المصرية.

٩٥- ممدوح محمد سلامة، ٢٠٠٠، مقدمة فى علم النفس، دار النشر للتوزيع والنشر.

٩٦- محمود عبد الحليم منسى وسهير كامل أحمد، ٢٠٠٢ أسس البحث العلمى فى المجالات النفسية والاجتماعية والترباوية، مركز الإسكندرية للكتاب.

٩٧- محمود عبد الحليم منسى وأحمد صالح وآخرون، ٢٠٠٤، علم النفسى التعليمى، مطبعة شركة الجمهورية الحديثة للتحويل والطباعة الورق - الإسكندرية دار الفكر العربى.

٩٨- ماجدة السيد عبيد، ٢٠٠١، مناهج وأساليب تدريب ذوى الحاجات الخاصة، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.

٩٩- محمد صالح أحمد صالح، ١٤١٣هـ، كيفية نجاح التأهيل المهنى للكفيف عدد ٥٧ صفر - ربيع الأول ١٤١٣هـ. مجلة المنال. الإمارات العربية المتحدة ص١٨-١٩.

١٠٠- محمود يوسف سعادة، ١٩٩٦، عالم الإبتكار.

١٠١- محمد لطفى طه، ٢٠٠٢، الأسس النفسية للرياضيين - الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية - القاهرة.

١٠٢- محمد محمود هليل، ٢٠٠١، الإرشاد النفسى للصغار والكبار، الفيوم: دار العلم للنشر والتوزيع، مطابع الدار الهندسية.

١٠٣- محمود عبد الحليم منسى، ٢٠٠٤، علم النفس التعليمى - الإسكندرية: شركة الجمهورية الحديثة.

١٠٤- ميثاق الثمانينيات لرعاية المعوقين، ١٩٩٠، السيد رمضان، المؤتمر العالمى الرابع عشر للتأهيل الدولى بكندا (١٩٨٠/٦/٢٦) إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الفئات الخاصة الإسكندرية: المكتب الجامعى الحديث.

١٠٥- محمود مراد، ٢٠٠٤، طريقة برايل، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

١٠٦- محمود منسى، عادل البنا، ٢٠٠٢، أثر برنامج إرشادى على تنمية المهارات الاجتماعية للطفل الكفيف. مجلة الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ١٢، (٣٥) مكتبة الإنجلو المصرية.

١٠٧- منى الحديدى، ١٩٩٩، رعاية وتأهيل المكفوفين سلسلة الدراسات الاجتماعية، مطبوعات جامعة الدول العربية، القاهرة.

١٠٨- محمود عبد السلام غنيم، وأحمد عبد اللطيف إبراهيم، ٢٠٠١، سيكولوجية النمو، مركز الإسكندرية للكتاب.

١٠٩- محمد عبد المؤمن حسين، ١٩٨٦، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، دار الفكر الجامعى، الإسكندرية.

١١٠- محمد قاسم عبد الله، ٢٠٠٣، سيكولوجية الذاكرة قضايا واتجاهات حديثة، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة، فبراير، ٢٠٠٢، مطابع السياسة - الكويت.

١١١- محمد الطيب، ١٩٩٤، مبادئ الصحة النفسية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

١١٢- منى محمد حسين الدهان، ١٩٨٢، مدى فاعلية برنامج إرشادى لتأهيل الطفل الكفيف لمرحلة المدرسة - رسالة دكتوراة - كلية التربية النوعية - جامعة عين شمس.

١١٣- مصطفى فهمى، ١٩٨٠، سيكلوجية الطفولة والمراهقة - القاهرة - مكتبة مصر.

١١٤- محمد عبد الظاهر الطبيب، ٢٠٠٥، سيكلولوجية الفئات الخاصة - القاهرة - مكتبة دار العلم.

١١٥- محمود عبد الحليم منسى، ٢٠٠٤، علم النفس التعليمى - الإسكندرية - شركة الجمهورية الحديثة.

١١٦- ملاك جرجس، ١٩٩٠، سلسلة مشاكل الأطفال النفسية وطرق علاجها - القاهرة - مكتبة المحبة.

١١٧- نبيلة عباس الشوربجى، ٢٠٠٣، المشكلات النفسية للأطفال، دار النهضة العربية.

١١٨- هانم صلاح توفلس، ١٩٩٨، فعالية برنامج إرشادى لتعديل اتجاهات المعلمين تجاه الإعاقة البصرية بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه فى التربية، جامعة الزقازيق قسم الصحة النفسية.

١١٩- يوسف القريوتى وعبد العزيز السرطاوى وجميل الصمادى، ١٩٩٨، المدخل إلى التربية الخاصة، دبى، دار القلم للطبع والنشر.

١٢٠- يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار، ١٩٨٥، سيكولوجية الطفل غير العادى والتربية الخاصة، القاهرة، دار النهضة العربية.

المراجع الأجنبية

122- Parental self-efficacy in family-centered early intervention. (German). (References). 2012
Sarimski, Klaus; Hintermair, Manfred; Lang, Markus.
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Vol.61 (3), pp. 183-197.

123- Evidance for familial link in visual processing disorders. (References). 2001.
Hinkley, Sarah.
Optometry and Vision Development. Vol.42(1), 2011, pp. 25-35.

124- When family looks strange and strangers iook normal: A case of impaired face perceptiom and recognition after stroke. (References) 2012.
Journal; Joost; Brouwer, Wiebo H; Kums, Evelien; Young, Andy; Bouma, Anke.
Neurocase. Vol. 18(1), Fed 2012, pp. 39-49.

125- Some aspects of educational and rehabilitation support and written communication within the family of blind childern. (Serbo-Croatoan). (References). 2001.
Fajdetic, Andrea.
Hrvataka Revija ZaRehabilitacijska Istrazivanja. Vol.47(1), 2011, pp. 98-107.

126- School, family and other influences on assistive technology use: Access and challenges for students with visual impairment in singapore. (References) 2001.
Ee Wong, Meng; Cohen, Libby.
British Journal of Visual Impairment. Vol.29(2), May 2011, pp. 130-144.

127- The erlationship of perceptions of service and support adequacy to family quality of life for families of children with deafblindness. 2011.
Kyzar, Kathleen.
Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sci-

ences. Vol.71(9-A), 2011, pp. 3226.

128- Early intervention of the blind and visually impaired children and their families: A Sloveninan case. (References). 2010.
Grum, Darja Kobal; Barbara.
Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istrazivanja. Vol.46(2), 2010, pp. 116-127.

129- Home environments and perceived needs of Anglo and Latino families of young children with visual impairments (References). 2009.
Dote-Kwan, Jamie; Chen, Deborah; Hughes, Margaret.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol.103(9), Sep 2009, pp. 531-542.

130- Tenemos que luchar por ellos: The lived experiences of three Latino immigrant families who have a young child with a visual impairment. 2009.
Smith, Brooke C.
Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Vol.70(6-A), 2009, pp. 1890.

131- Family functioning and low vision: A systematic review. (References). 2009.
Bambara, Jennifer K; Wadley, Virginia; Owsley, Cynthia; Martin, Ror C; porter, Chebon; Dreer, Laura. E.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol.103(3), Mar 2009, pp. 137-149.

132- Visual deficits in pre-readers at familial risk for dyslexia. (References). 2008.
Kevan, Alison; Pammer, Kristen.
Vision Research. Vol.48(28), Dec 2008, pp. 2835-2839.

133- Exploring the early literacy practices fo teachers of infants, toddlers, and preschoolers with visual impairments. (References). 2008.
Murphy, Jeanne Lovo; Hatton, Deborah; Erickson, Karen A.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol.102(3), Mar 2002, pp. 133-146.

134- Insights from six blind Australian women. (References). 2008.
Gentle, Frances.
British Journal of Visual Impairment Vol.26(1), Jan 2008, pp. 99-108.

135- Hereditary family signature of fanial expression. (References). 2006.
Peleg, Gili; Katzir, Gadi; Peleg, Ofer; Kamara, Michal; Brodsky, Leonid; Hel- Or, Hagit; Keren Daniel; Nevo, Eviatar.
PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. Vol. 103(43), Oct 2006, pp. 15921-15926.

136- Current Literature: Amblyopia & Why is compliance with occlusion therapy for amblyopia so hard? A qualitative study. 2006.
Reading, Richard.
Child: Care, Health and Development. Vol. 32(5), Sep 2006, pp. 607-608.

137- In the Darkness There Con Be Light: A Family's Adaptation to a Child's Blindness. (References). 2005.
Ulster, Alissa A; Beverley J.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol.99(4), Apr 2005, pp. 209-218.

138- Predicting Individual Change in Support Over Time Among Chronically Impaired Older Adults. (References). 2003.
Reinhardt, Joann P; Boerner, Kathrin; Benn, Dolores.
Psychology and Aging. Vol. 18(4), Dec 2003, pp. 770-997.

139- Reaching out: Encouraging famil involvement in orientation and mobility (References). 2002.
Perla, Fabiana; O'Donnell, Betsy.
RE: view: Rehabilitation and Education for Blindness and Visual Impairment. Vol. 34(3), Fal 2002, pp. 103-109.

140- The Hadley School for the Blind: A pioneer in providing distance education. (References). 2001.
Wolffe, Karen E.
Journal of Visual Impairmen & Blindness. Vol.95(9), Sep 2001, pp. 576-580.

141- Schools' efforts to involve Latino families of students with visual impairments. (References). 2001.

Milian, Madeline.

Journal of Visual Impairmen & Blindness. Vol.95(7), Jul 2001, pp. 389-402.

142- Attachment and psychological well-being among adolescents with and without disabilities in Kenya: The mediating role of identity fprmation. (References). 2013.

Abubakar, Amina; Alonso-Arbiol, Itziar; Van de Vijver, Fons J. R; Murugami, Margret; Mazrui, Lubna; Arasa, Josephine.

Journal of Adolescence. Vol. 36(5), Oct 2013, pp. 849-857.

143- Differential outcomes of skill training, group counseling, and indiviual cognitive therapy for persons with acquired visual impairment. (References). 2013.

Ueda, Yukihiko; Tsuda, Akira.

Japanese Psychological Research. Vol. 55(3), Jul 2013, pp. 229-240.

144- Transition to employment for students with visual impairments: Components for success. (References). 2012.

Crudden, Adele.

Journal of Visual Impairmen & Blindness. Vol.106(7), Jul 2012, pp. 389-399.

145- Counselling for sight loss: Using systematic case study research to build aclient informed practice modrl. (References). 2013.

Thurston, Mhairi; McLeod, John; Thurston, Allen.

British Journal of Visual Impairment. Vol.31(2), May 2013, pp. 102-122.

146- Exploring the role of an emotional support and counselling service for people with visual impairments. (References). 2013.

Hodge, Suzanne; Barr, Wally; Bowen, Louise; Leeven, Martina; Knox, Paul.

British Journal of Visual Impairment. Vol.31(1), Jan 2013, pp. 5-19.

147- Emotional support and counselling for people with visual impairment: Quantitative findings from a mixed methods pilot study. (References). 2012.

Barr, Wally; Hodge, Suzanne; Leeven, Martina; Bowen, Louise; Knox

Paul. Counselling & Psychotherapy Research. Vol. 12(4), Dec 2012, pp. 294-302.

148- Review of Paul Watzlawick: Insight may cause blindness and other essays. 2001.
Borer, Matt.
Journal of Marital and Family Therapy. Vol.37(3), Jul 2011, pp. 370-371.

149- A novel MECP2 change in an Indian boy with variant rett phenotype and congenital blindness: Implications for genetic counseling and prenatal diagnosis. (References). 2011.
Khajuria, Rajna; Gupta, Neerja; Sapra, Savita; Gulati, Sheffali; Ghosh, Manju; Kalrl, Veena; Kabra, Madhulika.
Journal of Child Neurology. Vol.26(2), Feb 2011, pp. 209-213.

150- Investigating the relationskip between multicultural education, color blind attitudes, professional orientation, and supervision status on play therapists' multicultural counseling competencies. 2011.
Penn, Casaundeia Latrice.
Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol. 72(4-B), 2011, pp. 2460.

151- The views of Compliant glaucoma patients on counselling and social support. (References). 2010.
Lunnela, Jaana; Kaariainen, Maria; Kyngas, Helvi.
Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol.24(3), Sep 2010, pp. 490-498.

152- An inquiry into the emotional impact of sight loss and the counselling experiences and needs of blind partially sighted people. (References). 2010.
Thurston, Mhairi.
Counselling & Psychotherapy Research. Vol. 10(1), Mar 2010, pp. 3-12.

153- A case of Usher's syndrome associated with psychotic symptoms: Diagnosis and follow-up in a psychiatric unit. (French). (References). 2009.

Viala, A; Nicot, T; Levy, F; Vacheron, M.-N.

L'Encephale: Revue de psychiatrie clinique biologique et therapeutique. Vol.35(3), Jun 2009, pp. 286-291.

154- Knitting in the dark: Narratives about the experience of sight loss in acounselling context. (References). 2008.

Dale, Susan.

British Journal of Visual Impairment. Vol.26(3), Sep 2008, pp. 269-278.

155- Literacy in early intervention for children with visual impairments: Insights from individual cases. (References). 2007.

Erickson, Karen A; Hatton, Deborah; Roy, Vicky; Fox, DanaLee; Renne, Diane.

Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol. 101(2), Feb 2007, pp. 80-95.

156- Chapter Counseling Students Who Are Visually Impaired or Blind. (References). 2007.

Koch, D. Shane.

Lippincott, Joseph A(Ed); Lippincott, Ruth B (Ed). (2007). Special populations in college counseling: A handbook for mental health professionals. (pp. 209-229). xviii, 320 pp. Alexandria, VA, US: American Counseling Association; US.

157- Modifying negative images caused by the disability of people with acquired visual impairments. (Japanese). (References). 2006.

Ueda, Yukihiko; Tsuda, Akira.

Japanese Journal of Health Psychology. Vol. 19(1), 2006, pp. 67-76.

158- Chapter Rehabilitation counseling of the blind and visually impaired. 2003.

Hackerman, Ann E.

Dingman, Robert L (Ed); Weavwe, John D (Ed). (2003). Days in the lives of counselors. (pp. 31-36). xiv, 219 pp. Needham Heights, MA, USL Allyn & Bacon; US.

159- What are we teaching about the Americans With Disabilities Act and what is missing? (References). 2002.
Frank, John Jay.
RE: view: Rehabilitation and Education for Blindness and Visual Impairment. Vol. 33(4), Win 2002, pp. 172-181.

160- Alcohol and other drug abuse as coexisting disabilities: Considerations for counselors serving individuals who are blind or visually impaired. (References). 2002.
Koch, D. Shane; Nelipovich, Michael; Sneed, Zach.
RE: view: Rehabilitation and Education for Blindness and Visual Impairment. Vol. 33(4), Win 2002, pp. 151-159.

161- Chapter Beyond insight to vision. 2002.
Shevlin, Susan.
Grodzki, Lynn (Ed). (2002). The now private practice: Therapist-coaches share stories, strategies, and advice. (pp. 115-127). vi, 268 pp. New York, NY, UY: WW Norton & Co; US.

162- Trnsition to employment and community life for youths with visual impairments: Current status and future directions. (References). 2001.
Nagle, Katherine M.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol. 95(12), Dec 2001, pp. 725-738.

163- The effects of cyclical psychodynamics therapy on the codependence of families with legally blind. (References). 2001.
Kirby-Green, Gloria; Moore, J. Elton.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol. 95(3), Mar 2001, pp. 167-172.

164- Rehabilitation teaching of adults in groups. 2001.
Soucy-Moloney, Lisa-Anne; Paskin, Nancy.
RE: view: Rehabilitation and Education for Blindness and Visual Impairment. Vol. 32(4), Win 2001, pp. 174-182.

165- Inilial evaltions of mainstream personality tests for use with visually impaired adults in vocational assessment and guidance. 2000.
Reid, Juliet.
Journal of Visual Impairment & Blindness. Vol. 94(4), Apr 2000, pp. 229-231.

166- Chapter Hearing and vision liss. (References). 2000.
Pollard, Robert Q Jr; Miner, Ilene D; Cioffi, Joe.
Frank, Robert G(Ed); Elliott, Timothy R (Ed). (2000). Handbook of rehabilitation psychology. (pp. 205-234). xiv, 727 pp. Washington, DC, US: American Psychological Association; US.

فهرس الكتاب

الفصل الثانى

علاج الاعاقة البصرية والبرامج التأهيلية والتربوية للمعوقين بصريا

الفصل الثالث

الرعاية الأسرية والارشاد النفسى للمكفوفين

أولاً: الرعاية الأسرية

ثانياً: الارشاد النفسى الاسرى



هذا الكتاب

يتناول سيكولوجية أسرة المعوق بصريًا لأن الأسرة هى أول المؤسسات التربوية التى ينشأ فيها الطفل ويتعلم أول أساليبه السلوكية وتحدد معالم شخصيته فالطفل الذى يلقى الرعاية والاهتمام المتوازن من أسرته يكون أحسن سلوكًا وأكرم خلقًا وأذكى عقلاً وأقوى جسمًا وأجود صحة.

وقد تناول المؤلف فى هذا الكتاب موضوعات عديدة كان أهمها مفهوم الإعاقة البصرية ودرجات الإعاقة والأسباب التى أدت إلى هذه الإعاقة وأعراض الإعاقة وكيفية تشخيص هذه الإعاقة وكيفية التعامل مع حاسة الإبصار وأهم المشكلات البصرية التى يتعرض لها الطفل.

كما تناول المؤلف أهم البرامج العلاجية والتأهيلية والتربوية التى تساعد الطفل المعوق بصريًا فى التوافق النفسى مع البيئة المحيطة

كما تناول المؤلف دور الأسرة فى رعاية الطفل المعوق بصريًا وكيف به وإرشاد أسرته للاستفادة من البرامج التأهيلية والعلاجية لوضع المسار الصحيح. وبهذا تكون الأسرة ساهمت مساهمة فعّالة فى تنمية حدود قدراته بما يحقق له التوافق النفسى مع البيئة التى يعيش فيها.

وأدعو الله أن يحقق لهذا العمل الفائدة المرجوة لرعاية الأسر والتى تحقق لهم النمو النفسى السوى السليم.

المؤلف


ISBN 977-463-173-6
9 789774 631733